



DECLARACIÓN JURADA OBLIGATORIA DE SALUD

Ley 11.430 Art. 36

Nombre y Apellido _____

DNI _____

Dirección _____

Tel _____ Fecha de nacimiento _____

MARCAR CON UNA CRUZ

Donante INCUCAI	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disminución de la fuerza de algún miembro o cuello	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Malformación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Amputación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones del aparato locomotor total	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones del aparato locomotor parcial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

AFECCIONES CARDIOVASCULARES

Infartos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso de marcapasos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insuficiencia coronaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Arritmias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CRM - Amclopastías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

AFECCIONES DISMETABÓLICAS

Uremia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hiperuricemia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

TÓXICOS

Toxicomanía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alcoholismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso de psicofármacos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso de otros medicamentos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

AFECCIONES OFTALMOLÓGICAS

Visión monocular	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Estrabismo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Discromatopsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso de anteojos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso de lentes de contactos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

AFECCIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

Sordera	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hipoacusia leve	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hipoacusia grave	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Uso de audífono	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

AFECCIONES NEUROLÓGICAS

Temblores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Miopatías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Disritmia cerebral	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otras enfermedades SNC o periférico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Secuelas ACV	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

AFECCIONES PSÍQUICAS SI NO

OTRAS AFECCIONES QUE AFECTAN A LA CONDUCCIÓN SI NO

RECHAZADOS SI NO

Declaro bajo juramento que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear data alguna que deba contener y es fiel expresión de la verdad.

DECLARO BAJO JURAMENTO NO POSEER DEUDA ALIMENTARIA (Ley 13074, Art. 5 Inc. C)

Fecha

Firma

Aclaración