



DECLARACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD

NOMBRE DEL ASPIRANTE _____ Edad: _____

Las preguntas de esta sección deben ser llenadas claramente por el **ASPIRANTE**.

1. Nombre del médico personal o último consultado _____

Fecha de la última consulta _____ Motivo _____

¿A qué tratamiento fue sometido o qué medicinas le recetaron?

2.	EDAD SI VIVE	CAUSA DE LA MUERTE	EDAD AL MORIR
PADRE			
MADRE			
ESPOSO / A			
HERMANOS			
HIJOS			

3. DECLARACIÓN del Estado de Salud

Marcar con una “X” si su respuesta es afirmativa o negativa

A. Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente:

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Cirugía de mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Hernia inguinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Accidente cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Hepatitis B - C - D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tumores en cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Cirugía abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Cáncer del estomago o intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trauma craneo encefálico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Soplos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Prolapso genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Enfermedad de las válvulas cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Miomatosis uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Poliomeilitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Enfermedad congénita del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Otitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Tuberculosis pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Várices miembros inferiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cirugía de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Defecto de la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Juanetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Estrabismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Trastornos de la columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Cirugía del pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Lesión de ligamentos y/o meniscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cirugía ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Úlcera gástrica o duodenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Infección por VIH (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Desviación del tabique nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Hernia diafragmática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. Tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cirugía de la nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Reflujo gastroesofático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Cálculos biliares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Masas del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Pancreatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Tumores, quistes en mamas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Hernia umbilical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

