

d) ENFERMEDADES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS

Padece diabetes?		14- ¿Padece alguna enfermedad de tiroides?	
Padece alguna enfermedad glandular?			

e) SISTEMA NERVIOSO Y MUSCULAR

Padece enfermedades encefálicas?		17- ¿Padece de epilepsia?	
Padece convulsiones?		19- ¿Padece alteraciones del equilibrio?	
Padece alguna afección neurológica?		21- ¿Ha padecido pérdida de conocimiento?	
Ha sufrido traumatismo cráneo encefálico?			

f) TRASTORNOS MENTALES Y/O DE CONDUCTA

Está o estuvo en tratamiento Psiquiátrico?		24- ¿Le cuesta controlar sus impulsos?	
--	--	--	--

g) VISIÓN Y AUDICIÓN

Tiene recetados anteojos para ver de lejos?		26- ¿Tiene recetados lentes de contacto?	
Le han realizado alguna operación ocular?		28- ¿Padece disminución de la audición?	
Padece alguna patología auditiva?		30- ¿Usa audífono o implante coclear?	

OBSERVACIONES. Puntos 1 a 30

--

ALERGIAS

Es alérgico a alguna medicación? En caso afirmativo, detallar en observaciones.

OBSERVACIONES

CONTAGIOS POR SUSTANCIAS CONTAMINANTES O PELIGROSAS

Mantuvo contacto accidental o laboral con materiales peligrosos? En caso afirmativo; detallar en observaciones

OBSERVACIONES

OTRAS ENFERMEDADES

Padece alguna enfermedad que NO se haya detallado? En caso afirmativo; detallar en observaciones.

OBSERVACIONES

MEDICACIÓN

Tiene recetada medicación permanente? En caso afirmativo; observaciones.

Tiene recetada medicación transitoria? En caso afirmativo; observaciones.

Ha tomado medicamentos durante las últimas 24 horas? En caso afirmativo; observaciones.

OBSERVACIONES

Nº de Documento del Declarante

Firma y Nº de Documento del representante legal o tutor (Cuando el Declarante sea menor de edad).

Firma y sello del médico