FORMULARIO DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA:

Nombres:_____

Apellidos:_____

Documento de identidad:_____

Celular:_____

Número y contacto en caso de emergencia:_____

Correo electrónico:_____

Se *debe diligenciar bajo la gravedad de juramento, un formulario que contenga sus datos personales, su condición de salud actual y pasada, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.*

	PREGUNTA	Si	No
1	¿Refiere algún tipo de comorbilidad o enfermedad de base?		
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?		
4	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión arterial o presión arterial alta?		
5	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco, angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?		
6	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar alta en la sangre?		
7	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?		
8	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?		
9	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?		
10	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, otro?		
11	¿Sufre o ha sufrido cáncer?		
12	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, otra?		
14	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?		
16	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente?		
17	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?		
18	¿Algún familiar cercano (padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de “sangre delgadita”, de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?		
19	¿Cuál es su peso?		
20	¿Cuál es su estatura?		
	OTROS EVENTOS Y HABITOS		
1	¿Se le ha reconocido por EPS o ALR alguna enfermedad Laboral?		
	Describa:		
3	¿Ha sufrido algún accidente laboral?		
	Describa:		
4	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)		
5	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?		
7	¿Sufre de alguna discapacidad Física y o mental?		
	Describa:		

Firma del Contratista:

Fecha:_____