



**PADECE O HA PADECIDO ALGUNA VEZ ( Marque con una X )**

	SI	NO		SI	NO
MAREOS O DESMAYOS			TRASTORNOS OCULARES		
NERVIOSISMO EXCESIVO			DIFICULTADES DE VISION		
CONVULSIONES			SORDERA O DISMIN. DE LA AUDICION		
DOLORES DE CABEZA FRECUENTES			SUPURACION DE OIDOS		
PESADILLAS			RESFRIOS FRECUENTES		
PERDIDA DE MEMORIA			DENTADURA EN MAL ESTADO		
NEUROSIS			AMIGDALITIS		
NEURALGIAS			TOS CRONICA		
BRUCELOSIS			SINUSITIS		
DEPRESION			SANGRE EN EL ESPUTO		
PALUDISMO			SUDORES NOCTURNOS		
FIBRE REUMATICA			PERDIDA DE PESO RECIENTE		
ENFERMEDADES VENEREAS			DOLORES DE PECHO		
TUBERCULOSIS			FALTA DE AIRE		
CANCER U OTRO TUMOR			PRESION SANGUINEA ALTA		
ASMA O FIEBRE DE HENO			PALPITACIONES		
ENFERMEDADES DE LA PIEL			ULCERA GASTRICA		
FRACTURAS O LUXACIONES			INDIGESTION FRECUENTE		
DOLOR O HINCHAZ. DE ARTICULAC.			ACIDEZ		
DOLOR EN LOS PIES O PIES PLANOS			GLUCOSA O ALBUMINA EN ORINA		
DOLORES EN LAS RODILLAS			HERNIAS		
DOLOR EN ESPALDA O CINTURA			HEMORROIDES		
DOLOR DEL CIATICO			DIFICULTADES AL ORINAR		
DOLOR EN LOS HOMBROS			SANGRE EN LA ORINA		

**CIRUGIAS**

	SI	NO	AÑO	OTRAS CIRUGIAS	AÑO
DE AMIGDALAS					
DE APENDICE					
DE HERNIA					
DE HEMORROIDES					

**DECLARACION JURADA**

Declaro, bajo fe de juramento, que estoy en conocimiento que en caso de omisión, equivocación o falsedad de información con relación a mi estado de salud, La Caja de Previsión Ley 8470 se reserva el derecho a rechazar todo pedido de Jubilación Extraordinaria por incapacidad motivado en causas existentes a la fecha.

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION

FECHA:     /     /