

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD 2026

Apellido y Nombre: DNI: Taller:

Obra Social: N° de afiliado:

Fecha de nacimiento: Género: Edad:

(Marcar lo que corresponda)

¿Posee Certificado Único de Discapacidad (CUD)? **SÍ/ NO**

Indicar diagnóstico y fecha de vencimiento (en caso afirmativo):

.....

Enfermedades:			Vacunas:	
ASMA	SÍ	/ NO	BCG	SÍ / NO
EPILEPSIA	SÍ	/ NO	ANTITETÁNICA	SÍ / NO
DIABETES	SÍ	/ NO	DOBLE ADULTO	SÍ / NO
HIPOTENSIÓN	SÍ	/ NO	COVID	SÍ / NO
HIPERTENSIÓN	SÍ	/ NO		
ALERGIAS	SÍ	/ NO	Indicar en el caso afirmativo	

Intervenciones quirúrgicas SÍ / NO Indicar en caso afirmativo:

¿Padece alguna enfermedad crónica? SÍ / NO Indicar en caso afirmativo:

¿Toma algún medicamento? SÍ / NO Indicar en caso afirmativo:

En caso de haber padecido alguna enfermedad o accidente que no figure en la planilla descríbala a continuación:

.....

Declaro que la información suministrada es completa y verídica; cualquier omisión queda bajo mi exclusiva responsabilidad, exceptuando a la Municipalidad de Ituzaingó de cualquier daño o perjuicio ocasionados en el taller.

En caso de emergencia llamar al:

TEL.: Nombre y vínculo:

.....

FIRMA

.....

ACLARACIÓN

.....

D.N.I.