



DECLARACIÓN JURADA

Licencias preventivas para la comunidad educativa

REFERENCIA DEL EMPLEADO			
Apellido y Nombre:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/>	N° Afiliado:	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Localidad:	<input type="text"/>
		Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

GRUPOS DE RIESGO

Señale con una cruz según corresponda

ENFERMEDADES	SI	NO
Mayor de 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazadas en cualquier trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias crónica: <i>hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística y asma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades cardíacas: <i>Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías y cardiopatías congénitas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no oncohematológica): <i>VIH dependiendo del status (< de 350 CD4 o con carga viral detectable) o pacientes con VIH con presencia de comorbilidades independientemente del status inmunológico, utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días), inmunodeficiencia congénita, asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica) y desnutrición grave</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacientes oncohematológicos y trasplantados: <i>tumor de órgano sólido en tratamiento, enfermedad oncohematológica hasta seis meses posteriores a la remisión completa y trasplantados de órganos sólidos o de precursores hematopoyéticos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesos mórbidos (con índice de masa corporal > a 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabéticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El siguiente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, quedando sujetos los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172, 292 y 293 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Firma y Sello del Médico Interviniente

Firma del empleado

Tel. de Contacto

Aclaración

DNI