

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES PRIVADOS DE SALUD

De modo libre e informado y para los exclusivos propósitos de postulación a la Fuerza Aérea de Chile, declaro voluntariamente los siguientes antecedentes de salud, comprometiendo su veracidad para todos los efectos legales y reglamentarios derivados, conforme al cuestionario anexo, que es parte integrante de esta declaración.

Me declaro informado que el acto de omitir cualquier antecedente y/o enfermedad pre existente, motivará mi eliminación en cualquier período en el que tal acción sea detectada, sin ningún beneficio como postulante o miembro de la Institución.

I.- IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo				
RUN		Fecha de Nacimiento	/ /	Edad
Sexo (M o F)		Cargo al que postula		

II.- ANTECEDENTES DE FAMILIARES DIRECTOS CONSANGUÍNEOS (Complete con SÍ o NO, según corresponda)

Padre	Sano (Si/No)		Enfermedad (es), señálelas	
Madre	Sana (Si/No)		Enfermedad (es), señálelas	
Hermanos/as	Sanos/as (Si/No)		Enfermedad (es), señálelas	

III.- ANTECEDENTES PERSONALES DE SALUD

A.- ENFERMEDADES QUE PADECE O HA PADECIDO:

(Marque SÍ o NO según corresponda, la presencia o ausencia de alguna de las enfermedades que se mencionan a continuación)

Hipertensión Arterial		Enfermedad Cardiovascular		Diabetes Mellitus		Glaucoma	
Dislipidemias		Cáncer		Asma		Epilepsia	
				Otra Enfermedad (nómbrela)			

B.- ANTECEDENTES SOBRE SUS HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA:

FUMA (SÍ/NO)		Nº de cigarros que fuma al día		Años de consumo de cigarro	
Ex Fumador (SÍ/NO)		Nº de años sin fumar			
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA (SÍ/NO)		Nombre la Actividad deportiva que realiza			
¿Cuántas veces a la semana la realiza?					
Toma Medicamentos (Si/No)		Nombre del Medicamento			
Motivo por el que toma Medicamentos					

1.- En las siguientes preguntas conteste SÍ o NO, según corresponda:

	SÍ	NO
¿Ha tenido problemas con su pareja y/o familia por causa del alcohol?		
¿Ha perdido amistades o parejas a causa del alcohol?		

	SÍ	NO
¿Le molesta que le critiquen por la forma como toma?		
¿Ha tenido ganas de disminuir lo que toma?		
¿Le ha pasado que toma más de lo que quería?		
¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas?		
¿Después de haber bebido no recuerda parte de lo que pasó?		
¿Le ha sucedido que una vez que empieza a tomar no es capaz de parar?		
¿Ha tenido sentimientos de culpa después de haber bebido?		
¿Ha resultado herido usted u otra persona producto de su consumo de alcohol?		
¿Ha tenido problemas laborales a causa del alcohol?		

C.- CUESTIONARIO DE SALUD

1.- ¿Ha padecido o padece de alguna enfermedad que requiera control Médico de manera periódica? NO SÍ (Describa tipo de enfermedad, año de diagnóstico y tratamiento que recibe o recibió)

2.- Ha estado hospitalizado NO SÍ (Describa causa de hospitalización y año)

3.- Ha sido Operado NO SÍ (Describa tipo de Operación, causa de la operación, año y terapia recibida después de la cirugía)

4.- Ha sufrido algún tipo de accidente NO SÍ (Describa tipo de accidente, año de ocurrencia y tratamiento que recibió)

5.- Padece de algún tipo de Alergia NO SÍ (Señale a que es alérgico, ejemplo: medicamentos, alimentos, factores ambientales, otro)

6.- En las siguientes preguntas conteste SÍ o NO, según corresponda:

	Usted ha padecido o presentado alguno de estos problemas:	SÍ	NO
1	¿Ha padecido alguna enfermedad respiratoria?		
2	¿Ha percibido que no puede mover alguna parte de su cuerpo?		
3	¿Ha sufrido enfermedades de transmisión sexual?		
4	¿Se ha sentido más cansado de lo normal?		
5	¿Ha notado que sus ojos, cara, manos o pies están amarillos?		
6	¿Le sangra la nariz con frecuencia?		
7	¿Le salen moretones con frecuencia?		
8	¿Ha notado la cara hinchada?		
9	¿Siente que se cansa con el mínimo esfuerzo?		
10	¿Orina mucho y de mal olor?		
11	¿Se ha sentido con falta de ánimo?		

		SÍ	NO
12	¿Ha sentido que se le acelera el corazón?		
13	¿Ha tenido dificultad para respirar?		
14	¿Ha tenido tos con sangre?		
15	¿Ha estado con tos, fiebre y dificultad para respirar?		
16	¿Ha tenido tos con expulsión de secreciones?		
17	¿Ha presentado deposiciones de color negro?		
18	¿Ha notado los pies hinchados?		
19	¿Se orina en la cama?		
20	¿Ha vomitado con sangre?		
21	¿Ha orinado con sangre?		
22	¿Ha sentido dolor al orinar?		
23	¿Pierde o siente que pierde el equilibrio?		
24	¿Ha tenido o tiene la sensación de nariz tapada?		
25	¿Ha tenido o tiene hemorroides?		
26	¿Sufre de diarreas frecuentemente?		
27	¿Usa medicamentos sin indicaciones médicas?		
28	¿Siente hambre de manera exagerada?		
29	¿Siente sed de manera exagerada?		
30	¿Transpira con frecuencia?		
31	¿Sufre o ha sufrido dolores de oído?		
32	¿Le duelen las articulaciones?		
33	¿Sufre o ha sufrido de dolor de rodillas?		
34	¿Ha sufrido o sufre de mareos?		
35	¿Estornuda con frecuencia?		
36	¿Ha tenido insomnio o pesadillas?		
37	¿Ha sentido falta de fuerza en brazos y/o piernas?		
38	¿Tiene el azúcar alto en la sangre?		
39	¿Ha olido aromas raros y repentinos?		
40	¿Sufre con frecuencia dolores de cabeza?		
41	¿Tiene visión borrosa?		
42	¿Ha sido operado por un médico otorrinolaringólogo?		
43	¿Elimina o ha eliminado costras por su nariz?		
44	¿Ve doble?		
45	¿Le falta algún dedo de la mano o de los pies?		
46	¿Ha sufrido dolores en su columna?		
47	¿Ha estado en tratamiento con vacunas?		
48	¿Tiene o ha tenido problemas para dormir?		
49	¿Ha eliminado sangre por el ano?		
50	¿Sufre de dolores abdominales frecuentes?		
51	¿Ha sufrido o sufre de convulsiones?		
52	¿Ha sentido o siente mal olor de manera permanente?		
53	¿Ha sentido dolor al hacer deposiciones?		
54	¿Sufre de estitiquéz frecuentemente?		
55	¿Sufre variaciones importantes en el peso?		

		SÍ	NO
56	¿Le sale o ha salido líquido por el oído?		
57	¿Le sale o ha salido pus por el oído?		
58	¿Se le irrita la piel con frecuencia?		
59	¿Siente o ha sentido zumbido en sus oídos?		
60	¿Se le inflaman las articulaciones?		
61	¿Le han operado los oídos?		
62	¿Ha sido tratado por una deformación en sus pies?		
63	¿Sufre o ha sufrido dolor en las caderas?		
64	¿Se ha desmayado alguna vez?		
65	¿Ha sentido o siente insensibles los brazos y/o piernas?		
66	¿Elimina con frecuencia líquido o moco por su nariz?		
67	¿Se ha golpeado la cabeza?		
68	¿Presenta dificultad para tragar?		
69	¿Tiene desviación o deformidad en la columna?		
70	¿Siente la sensación de vista cansada?		
71	¿Tiene deformidad en codo, rodillas o pies?		
72	¿Ha notado que tiene las rodillas muy separadas?		
73	¿Cojea o ha cojeado alguna vez?		
74	¿Tiene una pierna más corta que la otra?		
75	¿Tiene o ha tenido callos plantares?		
76	¿Tiene o ha tenido tatuajes, piercing y/o expansiones?		
77	¿Ha notado que tiene las rodillas muy juntas?		
78	¿Ha sufrido de luxaciones o dislocación de un hueso?		
79	¿Ve mal de cerca o de lejos?		
80	¿Ha tenido lesiones deportivas o por accidentes?		
81	¿Confunde los colores?		
82	¿Se ha fracturado o quebrado un hueso alguna vez?		
83	¿Tiene alguna molestia al hacer ejercicios?		
84	¿Tiene algún dolor o contractura al hacer deportes o actividades pesadas?		

D.- CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL:

1.- Padece o ha padecido de alguna Enfermedad de Salud Mental NO SÍ

(Señale tipo de enfermedad, año de diagnóstico y tratamiento recibido)

2.- Toma o ha tomado algún tipo de Medicamento de manera prolongada NO SÍ

(Nombre el o los medicamentos que usa (o uso), señale por qué lo usa (o uso), señale la cantidad y el tiempo que requiere o requirió tomar dichos medicamentos)

3.- Ha consultado a un profesional por problemas de Salud Mental (Psicólogo, Psiquiatra, otro)

NO SÍ (Señale especialista, año de consulta, motivo de consulta y tratamiento recibido)

4.- En las siguientes preguntas conteste SÍ o NO según corresponda

Usted ha padecido alguna vez:	SI	NO
Alteraciones del ánimo (depresión)		
Estrés (laboral u otro tipo)		
Trastornos de ansiedad		
Alteraciones alimentarias (bulimia, anorexia)		
Trastornos del sueño		
Impulsividad		
Problemas escolares		
Déficit atencional		
Violencia intrafamiliar (física o psicológica)		
En relación al consumo de Alcohol Usted:	SI	NO
Consumo Alcohol		
Qué tipo de Alcohol consume:		
Vinos		
Tragos Fuertes, solos y/o combinados (Pisco, Ron, Vodka, Whisky, Aguardiente)		
Cervezas		
Cuántos tragos consume por vez: (Se entenderá por 1 trago: 1 cerveza individual de 333cc, 1 vaso de vino de 140cc, 1 vaso de licor fuerte de 40cc solo o combinado)		
Un trago o dos		
Tres tragos		
Cuatro tragos o más		
En qué ocasiones o por qué motivo consume alcohol		
En reuniones o celebraciones familiares y/o amigos		
Cuando tengo problemas familiares		
Cuando tengo problemas laborales		
Cuando necesito relajarme		
Cuando me siento triste y/o solo		
En relación al consumo de Drogas Usted:	SI	NO
¿Ha consumido drogas?		
Especifique el tipo de droga y/o sustancia que ha consumido		
Marihuana		
Cocaína		
Pasta Base		
Crack		
Hachís		
Heroína		
Éxtasis		
Estimulantes (Anfetaminas, Pemolina, Escancil, Anfeparamona, Mentix)		
Metanfetaminas (Salcal, Ritalín, Crystal, Cidrin)		
Inhalables (Neopreno, Tolueno, Bencina, Éter, Pintura spray, Acetona, Desodorantes ambientales, Cloruro de etilo)		
Alucinógenos (LSD, Polvo de Ángel, Peyote, Mescalina, Hongos, Floripondio, Belladona)		
Analgésicos (Codeína, Metadona, Morfina, Tramadol, Petidina)		
Tranquilizantes (Ravotril, Lorazepam, Diazepam, Alprazolam, Bromacepam, Dormonid, Zopiclona, Flunitracepam)		
Medicamentos (Fluoxetina, Sedantol, Clormezanona, Sibutramina, Tusigen, Dietilpropión)		
Sustancias (Bebidas Energéticas, Anabólicos, Esteroides, Tonaril, Ketamina)		

E.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE SALUD MENTAL

1.- Algún familiar padece o ha padecido de alguna Enfermedad de Salud Mental

NO SÍ (Señale tipo de enfermedad, parentesco, año de diagnóstico y tratamiento recibido)

--

2.- Algún familiar toma o ha tomado algún tipo de Medicamento de manera prolongada

NO **SÍ** (Nombre parentesco, el o los medicamentos que usa (o uso), señale por qué los usa (o uso), señale la cantidad y el tiempo que requiere o requirió tomar dichos medicamentos)

3.- Algún familiar ha consultado a un profesional por problemas de Salud Mental (Psicólogo,

Psiquiatra u otro) NO **SÍ** (Señale parentesco, especialista consultado, año de consulta, motivo de consulta y tratamiento recibido)

F.- DESEA HACER PRESENTE OTRA INFORMACIÓN O ANTECEDENTE QUE CONSIDERE IMPORTANTE DECLARAR **NO** **SÍ** (describalo)

Declaro que todos los datos consignados anteriormente son verídicos y no he omitido, falseado o distorsionado ningún antecedente personal, médico o de salud de ningún tipo.

NOMBRE Y FIRMA

HUELLA PULGAR DERECHO