**DECLARACION JURADA**

**SERVICIOS MÉDICOS**

Proceso de Reclutamiento y Selección para el Registro de Elegibles para Puestos de Primer Ingreso de la Policía de Control Fiscal

**Antecedentes personales SI NO**

Tabaquismo

Consumo de Alcohol

Ingesta de medicamentos: cuáles\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alcoholismo actual o previo

Se encuentra o ha estado en rehabilitación mental

Ha recibido tratamiento con

-Insulina

-Otros hormonales

Padece o ha padecido de:

-Dolor de cabeza

-Vértigo

-Epilepsia (convulsiones)

-Depresión

-Otra enfermedad nerviosa

-Dolor de pecho (precordial)

-Disnea o falta de aire

-Presión Alta

-Enfermedades de los ojos u oídos

-Diabetes

-Enfermedad de los huesos

-Otra (explique)

Usa Lentes

Se encuentra en estado de embarazo

Ha sufrido accidentes laborales

Ha sufrido enfermedades ocupacionales

Detalle acerca de lo positivo de su persona:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaración del Solicitante**: Declaro bajo juramento que lo expresado en el presente cuestionario se apega fielmente a la verdad. Cualquier dato falso o incorrecto, el trámite será excluida.

Así mismo relevo en este acto al médico examinador de toda responsabilidad por mis declaraciones.

**CUALQUIER DATO FALSO O INCORRECTO, FACULTARA AL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL POTENCIALHUMANO PARA QUE RECONSIDERE EL TÁMITE DE LA PRESENTE SOLICITUD**

Nombre y Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_