

LICITACION ABREVIADA N°
Declaración Jurada de Aptitud Física:

Nombre y Apellido: _____
 Edad: _____
 Cédula de Identidad: _____

Fecha: ____/____/____

		SI	NO
1) Usted sufre de:	Disminución de audición		
	Infecciones de oído		
	Problemas en la vista		
	Enfermedades que le impidan agacharse o caminar realizando un recorrido diario de mas de 30 cuadras		
	Enfermedad de columna, piernas, rodillas o pies		
	Varices de miembros inferiores		
	Hernias abdominales		
	Enfermedades respiratorias, asma, bronquitis, etc.		
	Enfermedades del corazón		
	Presión alta/baja		
	Enfermedades en piel que no le permitan exponerse al sol		
	Enfermedades que no le permitan trabajar a la intemperie		

		SI	NO
2) Actualmente esta en tratamiento por:	Diabetes		
	Presión alta/baja		
	Otros:		

especificar cual de los dos:

		SI	NO
3) Toma alguna medicación?	_____		

		SI	NO
4) Visita regularmente:	Médico/a		
	Psicólogo/a		
	Psiquiatra		
	Odontólogo/a		

		SI	NO
5) Ha estado internado/a por:	Cirugías		
	Otras enfermedades		
	Problemas con alcohol		
	Problemas con drogas		
	Problemas psicoemocionales		

		SI	NO
6) Ha recibido tratamiento para el abandono de:	Tabaco		
	Alcohol		
	Marihuana		
	Pasta base		
	Cocaína		
	Otros		

Firma: _____

*Nota esta información es de carácter confidencial