



DECLARACION DE SALUD

Lugar y fecha en que se declara: _____

Nombre: _____

Bajo protesta de decir verdad, comparezco ante la Dirección General de Protección y Medicina Preventiva en el Transporte de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, y manifiesto que toda la información declarada en el examen psicofísico integral es verídica a mi mejor saber. De igual forma declaro encontrarme apercibido de que aquel que interrogado por autoridad pública distinta de la judicial (en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas) faltare a la verdad, se hace acreedor a una pena de dos a seis años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como que el faltar a la verdad durante la práctica de los exámenes médicos regulados por el Reglamento del Servicio de Medicina Preventiva en el Transporte es causal para la emisión de un dictamen de no aptitud psicofísica, de conformidad con el artículo 247 fracción I del Código Penal Federal y de los requisitos Médicos relativos al personal de los diversos modos de transporte, respectivamente.

FAVOR DE COLOCAR UNA
X EN LA OPCIÓN QUE
CONSIDERE ADECUADA:

COMENTARIO ADICIONAL:

1	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Padece dolores de cabeza frecuentes o muy intensos?	_____
2	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Padece de mareos o desmayos frecuentes?	_____
3	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha presentado pérdida del estado de conciencia por cualquier razón?	_____
4	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Tiene problemas para ver?	_____
5	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Usa lentes o anteojos?	_____
6	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Le han practicado alguna cirugía en los ojos?	_____
7	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido problemas de oídos?	_____
8	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido vértigo o mareos frecuentes?	_____
9	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Sufre alergias a ropa, alimentos o medicinas?	_____
10	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Padece alguna enfermedad de bronquios o pulmones?	_____
11	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Le han diagnosticado asma en los últimos 6 meses?	_____
12	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Le han diagnosticado alguna vez tuberculosis?	_____
13	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Sabe si padece de alguna enfermedad del corazón?	_____
14	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Padece presión sanguínea alta o baja?	_____
15	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Sufre de enfermedades del estómago, hígado o intestinos?	_____
16	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Sabe si tiene piedras en el riñón o sangre en la orina?	_____
17	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Sabe si padece de azúcar en la sangre o diabetes?	_____
18	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Utiliza inyecciones de insulina para controlar la diabetes?	_____
19	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Utiliza medicamentos para controlar el azúcar en la sangre?	_____
20	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Padece o ha padecido de epilepsia, convulsiones o parálisis?	_____
21	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Padece de enfermedades mentales, depresión o ansiedad?	_____
22	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha intentado suicidarse alguna vez?	_____
23	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Utiliza drogas de abuso como marihuana, cocaína, etc.?	_____
24	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido resultados positivos en alguna prueba de drogas o ha utilizado alguna	_____
25	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Consume alcohol frecuentemente?	_____
26	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Presenta dificultad para caminar, mover sus brazos o manos?	_____
27	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha estado hospitalizado?	_____
28	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Actualmente toma algún medicamento?	_____
29	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha sufrido lesiones graves, lo han operado alguna vez?	_____
30	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna amputación?	_____
31	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido alguna otra enfermedad no enlistada aquí: cáncer, etc.?	_____
32	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	¿Se ha accidentado durante el desempeño de sus funciones?	_____

Nombre y firma de aceptación del _____

Apellido paterno, materno y nombre (s)