



ANEXO II

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DE LOS AGENTES

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI N°

EDAD:.....

DOMICILIO REAL:.....

DEPENDENCIA:

DECLARO POR ESTE MEDIO NO PRESENTAR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS EN LA LISTA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS, que forma parte del presente.

ACLARACIÓN: En caso que Usted declare padecer una, o más de las Enfermedades Listadas, deberá adjuntar a la presente declaración, la documentación Médica correspondiente, que acredite lo manifestado.

El certificado médico y/o historia clínica, deberá contener: diagnóstico, fecha aproximada de comienzo de la enfermedad, y el tratamiento de la/las misma/s, y toda consideración de importancia para comprensión del estado de salud, conforme criterio médico.

Para el supuesto de embarazo en curso, se podrá presentar el informe correspondiente a la última ecografía realizada.

Todo ello, expedido por médico especialista interviniente, con fecha igual, o anterior al mes MARZO del año en curso, y el tratamiento actualizado a la fecha de presentación de la documentación solicitada, no así para las Embarazadas, donde la fecha dependerá del tiempo de embarazo en curso.

La documentación deberá ser enviada, a través de los siguientes medios de comunicación:

A. A LA SUPERIORIDAD COMPETENTE al correo que se designe e informe.

B.-CORREO ELECTRÓNICO a la Dirección de Reconocimientos Médicos del Poder Legislativo a la siguiente dirección: recmedicosdrafitz@gmail.com.-

C. Contacto de WHATSAPP: 379-4631407.

En ambos casos se solicita enviar la documentación como archivo adjunto, mediante imágenes y/o pdf.

Los agentes con 60 años de edad, o más, quedan exentos de completar la presente declaración jurada, dado que se encuentran comprendidos entre las personas eximidas de prestar servicios, mientras continúe el período de AISLAMIENTO SOCIAL OBLIGATORIO.

LISTADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS:

1. ENFERMEDADES BRONCOPULMONARES: entre las identificadas se encuentran: Insuficiencia respiratoria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Bronquitis crónica, Neumonía, asma crónica moderado o severo, enfisema pulmonar, fibrosis quística, fibrosis pulmonar idiopática, bronquiectasia pulmonar;

2. ENFERMEDADES CARDÍOVASCULARES, como ser: insuficiencia cardíaca, infarto Agudo de miocardio, Isquemia miocárdica, miocarditis, enfermedad del miocardio, cardiopatías congénitas, hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, Hipertensión Arterial: bajo tratamiento con. Inhibidores de la Enzima convertidora de la Angiotensina (IECA): Enalapril, Captopril, Benazepril, Lisinopril, Quinapril, Perindopril, Mexipril), - Antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA Y ARAII): Losartán, Valsartán, Telmisartán, Azilsartán, Olmeztartán, Iversartán, Candesartán, Eprosartán.

3. DIABETES MELLITUS. Insulino y no Insulino dependiente.

4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, con o sin tratamiento de diálisis.

5. CÁNCER, activo, o haberlo padecido en los últimos 5 años.

6. INMUNOCOMPROMETIDOS por tratamiento oncológico, trasplante de uno o más órganos, enfermedades hereditarias, enfermedades o tratamiento de enfermedades infecciosas.

8. HIPEROBESIDAD

9. EMBARAZO.

FIRMA DEL AGENTE