

	Sucursal	Fecha
Datos de la empresa	Razón social	N° de CUIT:
	Actividad	

Datos personales del solicitante

Apellido y nombre	Fecha de nacimiento
Teléfono	Tipo y n° de Documento
Teléfono celular	Email
Peso <input type="text"/> Kg.	Estatura <input type="text"/> Cm.

1. ¿Sufre actualmente una enfermedad y/o se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico? NO SI

2. a) ¿Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente? NO SI
¿Cuándo? ¿Por qué?

- b) ¿Le han prescrito medicamentos para el corazón o la circulación, hipertensión, anticoagulantes, antibióticos, insulina, hormonas, derivados de la cortisona, inyecciones, etc.? NO SI
¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuales?

- c) Actualmente ¿que medicación ingiere?

- d) ¿Ha recibido alguna transfusión? NO SI
¿Cuándo? ¿Por qué?

- e) ¿Le han recomendado no donar sangre? NO SI
¿Por qué?

- f) ¿Ha sido sometido a un estudio de isótopos radiactivos? NO SI
¿Cuándo? ¿Resultado?

3. a) ¿Su capacidad de trabajo está reducida o padece algún defecto físico y/o discapacidad funcional? NO SI
¿Por qué? ¿Desde cuándo?

- b) ¿Ha estado Ud. dado de baja, en los últimos 5 años, durante más de 3 semanas consecutivas? NO SI
¿Duración? ¿Motivo?
