

DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN Y MEDICINA PREVENTIVA EN EL TRANSPORTE

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:

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

Nombre y firma de aceptación del: _____

Apellido paterno, materno y nombre (s)

Calzada de Las Bombas 411, edificio anexo, piso 2º, col. Los Girasoles
 Alcaldía Coyoacán, C.P. 04920, CDMX.

T: 01 (55) 5723 9300 Ext 21000
 www.gob.mx/sct

