

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL

De manera voluntaria y para fines exclusivos relacionados con el Proceso de Postulación a la Fuerza Aérea de Chile, declaro bajo juramento que los datos aportados en este cuestionario son verídicos, y que no he ocultado antecedentes de Salud Mental.

Aquel postulante que OMITA o FALSEE algún dato o información contenida en esta DECLARACIÓN JURADA, faculta a la Fuerza Aérea de Chile para rechazar su ingreso a la Institución o licenciarlo de la misma; perdiendo el derecho a acceder a cualquier beneficio.

I.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE COMPLETO		
RUN		SEXO (M o F):
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD:
A QUÉ POSTULA		
HA POSTULADO ANTES A LA FACH. • A qué proceso, cargo o Escuela. • Año o Años de postulación. • Motivos de su no selección o ingreso. • Si entró, razón de su baja.		

II.- ANTECEDENTES GENERALES:

A. FAMILIARES DIRECTOS (**Padre, Madre, Hermanos**), Marque con una X y entregue detalles:

ENFERMEDAD	SI	NO	DETALLAR QUÉ MIEMBRO DE LA FAMILIA, CUÁL ENFERMEDAD, DESDE CUÁNDO
Trastorno del Ánimo (Depresión, Bipolaridad).			
Crisis Ansiedad o de Pánico			
Trastorno Alimenticio (anorexia / bulimia).			
Intentos o Ideación Suicida.			
Otras enfermedades que no se haya preguntado.			

B. DEL POSTULANTE:

1. **INGESTA DE ALCOHOL:**

¿Bebe alcohol? SI NO Veces por semana Veces por mes

2. **CONSUMO DE DROGAS, En los últimos 6 meses (Cocaína, Tussi, Marihuana, Pasta Base, Anfetaminas, Benzodiacepinas, entre otras)**

SI NO

¿Cuál o Cuáles? _____

Frecuencia del Consumo: _____

En el caso de consumo de Anfetaminas y/o Benzodiacepinas, cuenta con prescripción médica:

SI NO

3. **USO HABITUAL DE MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS (vitaminas)**

ÍTEM	SI	NO	NOMBRE Y DOSIS
Con Receta Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sin Receta Médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. **ANTECEDENTES SALUD MENTAL DEL POSTULANTE (marque con un X y entregue detalles):**

ANTECEDENTES	SI	NO	(*) DETALLAR TIPO, UBICACIÓN, TRATAMIENTO, AÑO, ETC. SOLO SI CORRESPONDE
Ha tenido o ha sido diagnosticado: Alteraciones del Ánimo, Ansiedad (Depresión, Bipolaridad, Crisis angustia o Pánico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido Ideación o Intentos de Suicidio (Amenazas o Planificación).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se ha realizado Cortes, autolesiones o daños en su cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido o ha sido diagnosticado: Fobias (Espacios Abiertos o Cerrados, Agujas, Animales, Arañas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha sido diagnosticado con trastorno de Personalidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido o tiene alteraciones Conducta Alimentarias (Anorexia, Bulimia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuvo o ha tenido Déficit Atencional, con o sin manejo farmacológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido o ha sido diagnosticado con Trastorno del Lenguaje (Tartamudez).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido o ha sido diagnosticado Trastorno del Sueño (Insomnio o Hipersomnia – cantidad de horas que duerme al día).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTES	SI	NO	(*) DETALLAR TIPO, UBICACIÓN, TRATAMIENTO, AÑO, ETC. SOLO SI CORRESPONDE
Ha tenido o ha sido diagnosticado de Estrés (laboral, escolar, post-traumático).			
Ha tenido o ha sido diagnosticado: Trastorno Impulsividad (arrancarse el pelo, autoagresión, robar, jugar, comprar o comer de manera compulsiva).			
Ha vivido Violencia Intrafamiliar (física y/o psicológica).			
Tiene Antecedentes de Somatizaciones (dolor de estómago, cabeza o musculares asociados a estrés o preocupaciones).			
Ha Tenido Hospitalizaciones o Licencias Médicas por Salud Mental (depresión, estrés, trastorno adaptativo, intento suicida)			

5. DETALLE OTROS ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL (No considerados en el presente cuestionario).

DECLARO BAJO JURAMENTO, QUE TODOS LOS DATOS ENTREGADOS EN ESTE DOCUMENTO DE SALUD MENTAL SON VERÍDICOS, NO HE OMITIDO, FALSEADO O DISTORSIONADO ALGÚN ANTECEDENTE O INFORMACIÓN PERSONAL O DE SALUD MENTAL.

En, _____ a _____ de _____ del 20 _____

FIRMA ESTA DECLARACIÓN JURADA EL POSTULANTE.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

HUELLA PULGAR DERECHO

FUERZA AÉREA DE CHILE
COMANDO DE PERSONAL
DIVISIÓN DE SANIDAD

LUGAR DE PROCEDENCIA: _____

FECHA DE APLICACIÓN: ____/____/____

Nombre: _____

RUN: _____ Edad: _____ Cargo que Postula: _____

Solicitamos que desarrolle una **AUTODESCRIPCIÓN** de aquellos aspectos más **CARACTERÍSTICOS** de su **PERSONALIDAD**, haciendo hincapié en sus **VIRTUDES** y **DEFECTOS**. En psicología existe una premisa que plantea "Sólo una persona que se conoce a sí misma, es capaz de superarse". Se evaluará su nivel de **autoconocimiento** y la **sinceridad** en sus respuestas. (RESPONDER CON LETRA MANUSCRITA).