

# Declaración Jurada de Salud

Reg-002 Última revisión 9 nov 2022



Para ser completado por cada integrante familiar

Número de Afiliado:			
Nombre y Apellido:		Fecha: / /	
Fecha de nacimiento: / /		Edad:	DNI:
¿Posee cobertura primaria?		¿Cuál?	

## Antecedentes Médicos

¿Ha sido operado?		¿De qué?		Fecha:
¿Ha tenido alguna enfermedad en el pasado?		¿Cuál?		Fecha:
¿Ha estado internado?		¿Por qué razón?		
¿Padece alguna enfermedad en la actualidad?		¿Cuál?		
¿Está bajo atención médica?		¿Fuma?		
¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos 6 meses?				
¿En este momento tendría algún motivo para consultar al médico?		¿Cuál?		

## Marque con una cruz si padece o ha padecido alguna de las siguientes patologías

Asma- Alergia		Cálculos renales		Reumatismo	
Dolores articulares		Várices		Cálculos en vesícula	
Enfermedad del corazón		Cirrosis hepática		Accidente cerebrovascular	
Hepatitis		Epilepsia		Tuberculosis	
Ulcera gástrica		Hipertensión		Problemas de oído	
Bronquitis crónica		Nefritis		Problemas odontológicos	

Aclarar tipo de dolencia: \_\_\_\_\_

## Marque con una cruz si padece o ha padecido alguna de las siguientes patologías

Patología Oncológica		Diabetes Tipo I		Esclerosis Múltiple	
Artritis reumatoidea		Trasplante		Esclerosis Lateral Amiotrófica	
Drogadependencia		Discapacidad		Enfermedad de Gaucher	
Artritis Psoriásica		Hemofilia		Angioedema Hereditario	
Otra patología poco frecuente					

Aclarar tipo de dolencia: \_\_\_\_\_

**Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos sin omitir ni falsear dato alguno que deba contener, siendo fiel expresión de la verdad.**

**Declaro conocer la Reglamentación del Sistema de Atención de la Salud definida para patologías preeexistentes.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Afiliado

**Declaración Jurada de Salud**  
Reg-002 *Última revisión 9 nov 2022*

