

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

PARA SER COMPLETADO POR CADA INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR

Nº DE AFILIADO:		
Nombre y Apellido:	Fecha: / /	
Fecha de Nac.:	Edad:	DNI:
Posee cobertura primaria:	Cuál:	

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Ha sido operado?..... ¿De qué?..... Fecha:.....

¿En el pasado ha tenido alguna enfermedad?..... ¿Cuál?..... Fecha:.....

¿Ha estado internado alguna vez? ¿Por qué razón?.....

.....

¿En la actualidad adolece alguna enfermedad? ¿Cuál?.....

¿Está bajo atención médica? ¿Fuma?

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis meses?

.....

En este momento: ¿tendría algún motivo para consultar a un 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	
Úlcera gástrica		Hipertensión		Problemas de oído	
Bronquitis crónica		Nefritis		Problemas odontológicos	

Aclarar tipo de dolencia.....



Buenos Aires 273
sas.cpceer.org.ar



cpceer@cpceer.org.ar



0343 4211560



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 Patología

.....

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 preexistentes.

.....
Firma y aclaración del afiliado



Buenos Aires 273
sas.cpceer.org.ar



cpceer@cpceer.org.ar



0343 4211560

