

Declaración jurada de antecedentes de salud

Apellido y nombre: _____

Domicilio: _____ Edad: _____

CUESTIONARIO	SI/NO	PROFESIONAL	BREVE DETALLE	FECHA
1- ¿Está actualmente bajo control o tratamiento médico? ¿Lo ha estado en los últimos 6 meses?				
2- ¿Tuvo alguna internación por causas quirúrgicas, de índole clínico, terapia, etc.?				
3- Antecedentes neurológicos y psiquiátricos: convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla.				
4- Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc				
5- Afecciones de nariz, garganta u oído				
6- Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad marcada ¿Se aplica insulina?				
7- Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, infecciones, etc.				
8- Anginas de pecho; soplo, infarto, arritmia, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc.				
9- Nódulos, quistes, tumores de mama.				
10- Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, genitales, infecciones, quistes, tumores.				
11- Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, vesículas, hepatitis, etc.?				
12- Alteraciones de la sangre, anemias, leucemia, linfomas, afecciones de los ganglios.				
13- Afecciones ginecológicas y obstétricas, ovarios, útero, genitales, abortos, etc.				
14- Afecciones musculares y/o de los huesos: columna, cadera, rodilla, manos, etc. Secuelas de polio, accidentes, etc.				
15- Afecciones de la piel, psoriasis, tumores, lunares malignos, encías, etc.				
16- Enfermedades congénitas o hereditarias, enfermedades inmunológicas y degenerativas				

ACLARACIONES: detalles de secuelas existentes, complicaciones por enfermedad, accidentes o cirugía. Anteponer el número del cuestionario para identificación: _____

El suscrito declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud, deliberada o no, invalidará la condición de afiliado, sin perjuicio del derecho de OSEP a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder. La Obra Social no cubrirá las enfermedades preexistentes al ingreso a la misma.

Firma y sello del médico auditor interviniente

Firma del solicitante

Firma del médico tratante