

DECLARACIÓN JURADA ANTECEDENTES MÉDICOS



AFILIADO N°: _____

NOMBRE Y APELLIDO _____

Complete señalando SI o NO, indicando en caso afirmativo la enfermedad que padece o padeció y desde qué fecha.

01. ANTECEDENTES PERSONALES

CUESTIONARIO	SI / NO	INDIQUE CUALES	FECHAS
01. Enfermedades cardíacas			
02. Enfermedades respiratorias			
03. Enfermedades del Aparato Digestivo			
04. Enfermedades Genitourinarias y Renales			
05. Enfermedades Reumatológicas y Dermatológicas			
06. Enfermedades de la Sangre y Órganos Linfáticos			
07. Sistema Nervioso Central y Periférico			
08. Enfermedades Oculares y Auditivas			
09. Enfermedades Endócrinas y Metabólicas			
10. Enfermedades infecciosas			
11. Enfermedades de transmisión sexual			
12. SIDA (HIV)			

02. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES FAMILIARES

(marcar con una x)

Diabetes SI NO
HTA SI NO
Colesterol SI NO

Triglicéridos SI NO
Tiroides SI NO
Tuberculosis SI NO

Malformaciones SI NO
Cáncer SI NO

Otras enfermedades (Indique cuáles)