

03. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS-OBSTETRICIOS

(marcar con una x)

Embarazo actual	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Abortos espontáneos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Incompatibilidad RH	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Partos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Problemas de esterilidad	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tumores	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cesáreas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Hipertensión del embarazo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Malformaciones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Diabetes del embarazo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			

Otras enfermedades en el embarazo (Indique cuáles)

Otras enfermedades Ginecológicas (Indique cuáles)

04. ANTECEDENTES TRAUMATOLÓGICOS

(marcar con una x)

SI NO ¿Cuáles?

Utilización de aparatos de Ortopedia SI NO ¿Cuáles?

05. ANTECEDENTES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS (APÉNDICE, HERNIA, VESÍCULA, ETC.)

(marcar con una x)

SI NO ¿Cuáles?

06. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

(marcar con una x)

SI NO ¿Cuáles?

07. ANTECEDENTES TÓXICOS

(marcar con una x)

Tabaquismo SI NO Abuso de Alcohol SI NO Adicción a Drogas y/o Medicamentos SI NO

Otras (Indique cuáles)

08. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

(marcar con una x)

SI NO Utilización de aparatos de Ortodoncia

09. ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?

(marcar con una x)

SI NO Indique cuáles

10. Medicamentos que utiliza en la actualidad

(marcar con una x)

Indique cuáles

Declaro conocer las coberturas del Régimen Social de la Caja de Seguridad Social, según Ley N° 7.144.

Reglamento y Resoluciones para el Plan:

Salta, de de 20.....

FIRMA