

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)

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