

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA ADULTOS



Fecha: / / Fecha de nacimiento: / /	C. I. N°:
Nombre del Solicitante:	Edad: Plan:
Declarante Yo declaro que me encuentro en buenas condiciones de salud, no teniendo conocimiento actualmente de enfermedades que requieran intervenciones quirúrgicas y/o estado de gravidez. Queda constancia que a la fecha, las enfermedades pre-existentes, crónicas y/o congénitas que me afectan son:	Firma del Solicitante:

Peso: _____ Altura: _____ Marque con una "X" según corresponda

¿Ha padecido o padece de?		Sí	No	Descripción: tiempo, tipo, tratamiento actual
1	Ansiedad, depresión, o cualquier trastorno mental que haya requerido tratamiento o psicoterapia.			
2	Accidentes cerebrovasculares, convulsiones, tratamiento de cráneo u otro trastorno neurológico.			
3	Enfermedades de oído, boca, nariz, garganta, ojos.			
4	Enfermedades de la tiroides u otra glándula de secreción interna.			
5	Bronquitis crónica, asma, enfisema u otras enfermedades respiratorias.			
6	Angina de pecho, ataque cardíaco, infarto del miocardio, fiebre reumática, soplo cardíaco, o cualquier condición cardiovascular.			
7	¿Porta Marcapaso o se ha realizado cateterismo cardíaco, angioplastia o bypass coronario?			
8	Arteriosclerosis, aneurismas, várices o alteraciones de los valores de Colesterol y Triglicéridos.			
9	Diabetes.			
10	Hipertensión arterial.			
11	Enfermedades del estómago, intestino, ano (fisuras o hemorroides)			
12	Enfermedades del hígado, páncreas y de la vesícula biliar.			
13	Enfermedades de la sangre (anemia, leucemia, linfoma, etc.)			
14	Quiste, cáncer o tumores. Especificar localización y naturaleza.			
15	Enfermedades del útero, ovarios, trompas, mamas / próstata.			
16	¿Está usted Embarazada? (en caso de ser mujer).			
17	Indique por favor fecha de la última menstruación. (en caso de ser mujer)			
18	Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones.			
19	¿Ha sido usted internado por algún cuadro no quirúrgico?			
20	¿Ha sido usted sometido a cirugía?			
21	¿Ha recibido usted quimioterapia o radioterapia?			
22	Medicación que utiliza actualmente (incluidas vitaminas, antioxidantes, etc.)			
23	¿Fuma? Frecuencia:			
24	¿Bebe alcohol? Frecuencia:			
25	¿Consume usted cualquier droga por razones no médicas?			
26	¿Padece usted alguna enfermedad no mencionada previamente?			

Declaro bajo fe de juramento que toda la información que antecede es correcta y se ajusta a la verdad, y manifiesto conocer y aceptar que en caso de falsedad u omisión de datos en la solicitud de admisión o en la declaración jurada de salud, las mismas serán causales de no aprobación de la solicitud de admisión o suspensión, cancelación de la cobertura y/o rescisión del contrato.
 Declaro estar en conocimiento y aceptar que esta Solicitud de Admisión junto con la Declaración Jurada de Salud, serán sometidas a consideración de la empresa, quien no se obliga a admitir/me/nos como beneficiario/s, por lo que reconozco y acepto que la Empresa se reserva el derecho de aceptar o no aprobar las solicitudes de admisión de personas con enfermedades o condiciones preexistentes declaradas o no antes de la firma del Contrato y ante la falsedad y/u omisión en la Declaración Jurada de Salud.

Firma del Declarante: _____ Aclaración: _____ C. I. N°: _____

EXAMEN FÍSICO (para personas mayores de 60 años)



Nombre del Interesado:

PA:

FR:

Pulso:

Cabeza y cuello:

Tórax y mamas:

Aparato respiratorio:

Aparato cardiovascular:

Abdomen / Genitales:

Miembros:

Sistema nervioso:

Piel y faneras:

Peso en Kilogramos:

Altura en Centímetros:

ESTUDIOS REALIZADOS

Laboratorio de rutina:

EKG / Ecocardiografía:

Radiografía de Tórax:

Otros estudios:

**Recomendación
para ingreso**

Aceptar

No Aceptar

FIRMA AUDITOR MÉDICO