

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA MENORES DE EDAD

**IMPORTANTE:** Recuerde que la declaración falsa o la omisión respecto de su estado de salud y antecedentes médicos, son causales de suspensión y/o cancelación de la cobertura médica.



Fecha:        /        /	Fecha de nacimiento:        /        /	C. I. N°:	
Nombre del Titular:		Edad:	Plan:
Declaro que el menor..... se encuentra 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 Titular:

¿Su hijo/a ha padecido o padece de?		Marque con una "X" según corresponda		Descripción:
		Sí	No	
1	Trastornos genéticos.			
2	Malformaciones congénitas.			
3	Enfermedades metabólicas.			
4	Enfermedades neoplásicas (i.e linfomas, sarcomas u otros).			
5	Enfermedades hematológicas como anemia, leucemia, hemofilia u otros).			
6	Asma, hiperreactividad bronquial u otras enfermedades respiratorias.			
7	Cardiopatías congénitas o cualquier otra enfermedad cardiovascular incluidas, pero no limitadas a las siguientes: fiebre reumática, prolapso de la mitral, síndrome de Kawasaki, hipertensión arterial.			
8	Autismo, epilepsia, convulsiones u otros trastornos neurológicos.			
9	Diabetes, hipotiroidismo u otros trastornos endocrinológicos.			
10	Enfermedades del riñón, como glomerulonefritis o infecciones urinarias recurrentes.			
11	Enfermedades del estómago, del intestino, del hígado o de la vesícula biliar.			
12	Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones incluidas, pero no limitadas a las siguientes: artritis reumatoidea juvenil, dermatomiositis, osteoporosis.			
13	Enfermedades autoinmunes o inflamatorias como el Lupus Sistémico Eritematoso o ciertas vasculitis.			
14	Enfermedades infecciosas como tuberculosis, hepatitis B, sífilis u otras.			
15	Ansiedad, depresión, anorexia nerviosa, bulimia o cualquier otro trastorno mental.			
16	Adicción al alcohol, a la nicotina o a drogas de uso recreacional.			
<b>Su hijo/a</b>				
17	¿Ha sido sometido a cirugía o internado por alguna otra razón?			
18	¿Ha recibido el/a niño/a quimioterapia o radioterapia?			
19	Medicación que utiliza actualmente.			
20	¿ Ha padecido el/la niño/a 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 y en la declaración jurada de salud, las mismas serán causales de suspensión, cancelación de la cobertura y/o rescisión del contrato.

La presentación de la solicitud de ingreso junto con la declaración jurada de salud, será sometida a consideración de la empresa, quien se reserva el derecho de aceptar o rechazar las solicitudes de ingreso de personas con enfermedades preexistentes.

**Firma del Beneficiario Titular (adulto):** \_\_\_\_\_ **Aclaración:** \_\_\_\_\_ **C. I. N°:** \_\_\_\_\_

# EXAMEN FÍSICO



FC:	FR:	PA:	Temperatura:	SatO2:
Peso:	Percentil:	Altura:	Percentil:	

	Normal	Anormal	Descripción
Cabeza:			
Ojos, nariz, boca y oídos:			
Cuello:			
Piel y faneras:			
Aparato respiratorio:			
Aparato cardiovascular:			
Abdomen:			
Aparato genitourinario:			
Extremidades:			
Sistema nervioso:			

**NOMBRE DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_ **FIRMA:** \_\_\_\_\_ **REG. PROF. N°:** \_\_\_\_\_  
**ESPECIALIDAD:** \_\_\_\_\_ **TEL.:** \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO DE ASISMED / PRE EXISTENCIAS DECLARADAS Y/O DETECTADAS			
Código	Patología	Código	Patología

**Estado de salud:**
 Bueno
  Regular
  Malo

**Recomendación:**
 Aceptar
  Rechazar

\_\_\_\_\_ **FIRMA AUDITOR MÉDICO**