

## *Declaración Jurada* de antecedentes de salud



Res. N°: \_\_\_\_\_ Acta N°: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del titular: \_\_\_\_\_

Afiliado / Jubilado / Pensionado N°: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del Postulante: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio y Código Postal: \_\_\_\_\_

Profesión o Actividad Principal: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido o tiene actualmente Obra Social? Si  No

En caso afirmativo, señalar cuál: \_\_\_\_\_

EN CASO AFIRMATIVO, SERÁN 2000. -----

¿Cuál es su peso actual? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su talla actual? \_\_\_\_\_

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente (operado/a)? Si  No

En caso afirmativo, ¿cuál/es fue o fueron la/s cirugía/s?: \_\_\_\_\_

---

-----

¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad grave?

¿Cuál? \_\_\_\_\_

---

-----

¿Ha tenido algún accidente de tránsito, laboral o del hogar que le provocara

Lesiones de importancia? Si  No

¿Con qué consecuencia?

¿Ha estado hospitalizado? Si  No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Ha sido atendido alguna vez de urgencia? Si  No

¿Por qué y dónde?-----

¿Adolece de alguna/s enfermedad/es ahora? Si  No

En caso afirmativo, señale cuáles: \_\_\_\_\_

¿Está bajo atención médica? Si  No

¿Por quién? \_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis meses? \_\_\_\_\_

¿Cómo considera su salud en este momento? \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada? Si  No

¿Desde cuándo?

MARQUE CON UNA CRUZ EN CASO DE HABER PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES

Enfermedades cardiovasculares:  Hipertensión arterial:   
Cáncer:  Depresión u otras enfermedades psiquiátricas:   
Artritis o Reumatismos:  Diabetes:  Enfermedades Neurológicas:   
Enfermedades Respiratorios Crónicas (Asma, EPOC, otras):   
Otras enfermedades:

En caso afirmativo, señalar cuál o cuales: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

La presente tiene por objeto dejar expresamente establecido su estado psicofísico, previo a su afiliación o reafiliación a esta institución.

En consecuencia, declaro bajo juramento que la información antes referida es de absoluta veracidad.

Córdoba \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y aclaración del postulante

\_\_\_\_\_

Firma y aclaración del titular

**Nota: en el caso de los hijos menores de edad del titular, éste deberá suscribir la presente Declaración Jurada**