

# 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: \_\_\_\_\_

¿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 Respiratorias 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***