

Nro.:
Fecha:

Datos del titular:
DNI:
Nombre:

Datos de adherentes:

En la presente, el asociado titular responde por el grupo familiar un cuestionario referido a enfermedades anteriores al ingreso o actuales, en carácter de Declaración Jurada. Esta declaración integra el contrato de prestaciones.

1) Alguno de los integrantes de la familia se ha internado:

En el último año

--	--

En los últimos 5 años

--	--

Motivos / Observaciones:

2) La internación ha sido en:

Terapia Intensiva

--	--

Unidad Coronaria

--	--

Terapia Neonatal

--	--

Terapia Pediátrica

--	--

Otros

--	--

Motivos / Observaciones:

3) Se han realizado estudios de laboratorio en el último año

De sangre

--	--

De orina

--	--

Otros

--	--

Motivos / Observaciones:

4) Se han realizado estudios de diagnóstico por imágenes en último año

Radiografías

--	--

Ecografías

--	--

TAC

--	--

RMN

--	--

Motivos / Observaciones:

5) Está realizando o realizó en el último año

Trat. Psicoterapia

--	--

Trat. Kinesiológico

--	--

Fonoaudiología

--	--

Trat. Farmacológico

--	--

Trat. Oncológico

--	--

Trat. De Fertilización o estimulación de la ovulación

--	--

Diálisis

--	--

Motivos / Observaciones:

6) Presenta actualmente o ha presentado:

Afecciones de la piel (psoriasis, tumores, lunares malignos, etc.), labios y encías.

--	--

Antecedentes cardiovasculares.

--	--

Accidentes cerebro vasculares.

--	--

Arritmia.

--	--

Presión arterial Alta

--	--

Hipertensión ocular

--	--

Enfermedades de la visión (miopía, estrabismos, glaucoma, cataratas).

--	--

Enfermedad coronaria (infarto de miocardio, angina de pecho).

--	--

Patologías del aparato respiratorio (asma, bronquitis crónica, enfisema, etc.)

--	--

Enf del metabolismo y/o endocrinológicas (lupus, gota, tiroides, colest elevado, etc)

--	--

Diabetes

--	--

Enf en la sangre (anemias, leucemia, linfomas, afecc de los ganglios, hemofilias, trast de coagulación

--	--

Obesidad severa.

--	--

Problemas renales o en las vías urinarias (cólicos, cálculos, infecci repetidas, tumores, insuf renal, etc.)

--	--

Perdida de la visión

--	--

Perdida de peso en los últimos meses

--	--

Perdida de la conciencia, convulsiones, desmayos

--	--

Hepatitis

--	--

Enfermedades de transmisión sexual.

--	--

HIV.

--	--

Pat.del aparato dig (gastritis, hemorragias dig, hemorroides, hepatitis, pólipos, úlceras, cirrosis, cálculos vesicales)

--	--

Tratamientos por adicciones, drogas o alcohol

--	--

Infecciones urinarias a repetición

--	--

Trastornos arteriales o venosos.

--	--

Patología de huesos o músculos (fracturas, osteoporosis, hernia de disco, debilidad muscular, artrosis, etc.)

--	--

Aneurismas vasculares de cualquier locación.

--	--

Artritis.

--	--

Antecedentes neurológicos. Epilepsia y/o convulsiones, desmayos, inestabilidad.

--	--

Ant ginecológicos, obstétricos o mamarios (nódulos, quistes, tumores, displasias, esterilidad, abortos, etc.)

--	--

Bulimia-Anorexia.

--	--

Enfermedad de Chagas.

--	--

Colagenopatías.

--	--

Enfermedades congénitas o hereditarias

--	--

Enfermedades psiquiátricas.

--	--

Incontinencia urinaria.

--	--

Problemas de nariz, garganta, oído (adenoides, otitis a repetición, nódulos en las cuerdas vocales, etc) Hipoacusia.

--	--

Enfermedad prostática.

--	--

Tumores benignos cerebroespinales.

--	--

Tumores malignos de cualquier localización

--	--

Trasplantes.

--	--

Trastornos genitales (torsión de testículos, testículo no descendido, hernia inguinal, esterilidad, etc.)

--	--

Trastornos inmunológicos.

--	--

Motivos / Observaciones:

7) Maternidad:

¿Está embarazada?

--	--

¿Tuvo embarazos múltiples?

--	--

¿Tuvo partos por cesárea?

--	--

¿Hizo estudios de esterilidad?

--	--

Motivos / Observaciones:

8) Tiene Colocada alguna Prótesis:

Cardíaca

--	--

Estética

--	--

Ortopédica

--	--

Ocular

--	--

Marcapasos

--	--

Otras

--	--

Motivos / Observaciones:

9) Tiene alguna enfermedad congénita:

Cardiopatía

--	--

Hemofilia

--	--

Pie Bot

--	--

Labio Leporino

--	--

Otras

--	--

Motivos / Observaciones:

10) Alergias:

A medicamentos

--	--

Otras

--	--

Motivos / Observaciones:

11) Hábitos:

Cigarrillos (detallar cantidad diaria)

--	--

Alcohol (detallar tipo, cantidad, promedio)

--	--

Drogas (Medicamentos autorrecetados)

--	--

Motivos / Observaciones:

12) Documentación:

Presenta Estudios

--	--

Motivos / Observaciones:

13) Discapacidad

¿Poseé alguna discapacidad?

--	--

¿Tiene Certificado Unico de Discapacidad?

--	--

Motivos / Observaciones:

14) Datos biométricos

	Altura:	mts.	Peso:	kgs.
--	---------	-------------	-------	-------------

Solicitud firmada por:

DNI: Nombre: Fecha: <hr/> Firma:
