Declaración Jurada de Antecedentes de Salud Personales y Familiares

Marque con una cruz en cada casillero si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades y /o estados anormales.

La presente Solicitud de Ingreso tiene carácter de Declaración Jurada. El falseamiento u ocultamiento de datos otorgará la facultad de ejercer el derecho resolutorio por parte de ACCORD SALUD / UNION PERSONAL conforme art. 9 punto 2 inc. B) del Decreto 1993/11 Ley 26.682. Me notifico y presto conformidad en este acto del reglamento y cuota para la prestación del servicio. Declaro bajo juramento que los únicos integrantes del grupo familiar primario a la fecha de firma del presente son los que se consignan en esta Solicitud de Ingreso, por consiguiente toda solicitud de ingreso posterior será evaluada individualmente a los fines de establecer el valor diferencial confirme art. 10 del Decreto 1993/11 para aquellos familiares que ingresen con posterioridad y no fueren denunciados y/o incorporados a través del presente. Asimismo declaro bajo juramento las patologías de cada uno de los integrantes del grupo familiar denunciado en este acto, siendo responsable por la omisión y/o inexactitud de los mismos, dando derecho a disponer la baja por falseamiento de Declaración Jurada de Antecedentes de Salud.

Grupo Unión Personal
Socialmente responsables

	titular	1	2	3	4	5
1- Altura	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2- Peso	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3- FUM (Fecha de Última Menstruación)	.....	.....	.....	.....	.....	.....

	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
Oftalmología (Aparato de la Visión)												
4- Miopía, Astigmatismo, Presbicia, Hipermetropía	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5- Glaucoma	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6- Cataratas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7- Otras alteraciones visuales*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ORL (Nariz, Garganta y Oido)												
8- Hipoacusia*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9- Cirugía de Nariz - Garganta.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10- ¿Usa audífono?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Neurología / Psiquiatría												
11- Accidentes cerebrovasculares	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
12- Trastornos de la memoria o el lenguaje	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13- Dificultad para movilizar brazos o piernas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
14- Epilepsia - Convulsiones*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
15- Psicosis - Demencias	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
16- ¿Tiene o ha tenido tratamiento psiquiátrico con medicación?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
17- Otra enfermedad neurológica o mental	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
18- Otra enfermedad de los sentidos*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Traumatología / Reumatología												
19- Gota	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
20- Artritis - Lupus	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
21- Artrosis*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
22- Otras enfermedades reumatológicas*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
23- Hallux Valgus (juanetes)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
24- Hernias discales*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
25- Fracturas recientes: Menos de 1 año de ocurridas*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
26- Fracturas anteriores: Más de 1 año de ocurridas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
27- ¿Ha sufrido traumatismos cráneo faciales?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Sistema Respiratorio												
28- Asma	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
29- Bronquitis crónica - Enfisema	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
30- Tuberculosis	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
31- Otras enfermedades del aparato respiratorio*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Ginecología / Obstetricia												
32- Enfermedad ginecológica*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
33- Enfermedades de las glándulas mamarias*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
34- ¿Está embarazada?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
35- ¿Ha tenido internaciones por parto o cesárea?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	titular		1		2		3		4		5	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
Sistema Digestivo												
36- Hepatitis A	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
37- Hepatitis B o C	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
38- Cirrosis o insuficiencia hepática	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
39- Enfermedad fibroquística del páncreas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
40- Alteración de los lípidos en sangre (colesterol, triglicéridos)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
41- Esofagitis, úlceras gástricas o duodenales	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
42- Otras enfermedades hepáticas o digestivas*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
43- Enfermedad celíaca u otro trastorno de la alimentación*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
44- ¿Ha sido operado/a de apéndice o vesícula?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
45- Cálculos de la vesícula sin operar	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Sistema Urinario / Renal												
46- Cálculos renales o de las vías urinarias*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
47- Hipertrofia prostática	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
48- Insuficiencia renal	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Sistema Circulatorio												
49- Hipertensión arterial	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
50- Angina de pecho	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
51- Infartos del corazón	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
52- Insuficiencia cardíaca	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
53- Arritmias u otras enfermedades del corazón*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
54- ¿Usa marcapasos o cardiodesfibrilador?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
55- Aneurismas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
56- Enfermedades del bazo u otras	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Endocrinología												
57- Hipotiroidismo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
58- Hipertiroidismo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
59- Otra enfermedad de la glándula tiroidea*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
60- Diabetes	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
61- Otras enfermedades endocrinológicas*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Odontología												
62- ¿Ha perdido piezas dentarias?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
63- ¿Usa prótesis dental?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
64- ¿Está o estuvo en tratamiento ortodóntico?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
65- ¿Tiene trastornos en la ATM (Articulación Temporomandibular)?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Otros trastornos o adicciones												
66- Tabaquismo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
67- Bulimia - Anorexia	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
68- Alcoholismo	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
69- Drogadependencia u otra toxicomanía	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	titular		1		2		3		4		5	
	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no	sí	no
Otros												
70- HIV	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
71- Enfermedades de transmisión sexual / venéreas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
72- Várices	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
73- Hemorroides	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
74- Ulcera varicosa	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
75- Chagas	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
76- Hernias inguinales, hernias abdominales u otras hernias*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
77- Eventraciones sin operar	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
78- ¿Es discapacitado?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
79- Enfermedades de la piel*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
80- Tumores - Cáncer*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
81- ¿Ha padecido alguna otra operación?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
82- ¿Ha tenido internaciones de otro tipo?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
83- ¿Tiene prótesis mamaria?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
84- ¿Tiene implantada otro tipo de prótesis?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
85- ¿Se encuentra actualmente recibiendo alguna medicación?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
86- ¿Padece de Infertilidad y/o Esterilidad?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
87- ¿Adjunta informe médico?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
88- ¿Padece otras patologías?*	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
89- Cobertura médica anterior	.....											

*En "Aclaraciones" consignar tipo y fecha.

OTRAS PATOLOGIAS – ACLARACIONES .....

.....

.....

..... Firma

..... DNI

..... Aclaración

..... Fecha

Exclusivo para uso de Gerencia Médica:
OBSERVACIONES.....
.....
.....

Fecha de impresión: 03/2019