



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Antecedentes familiares	Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertensión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cardíacos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Respiratorios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Neurológicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Discapacidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ninguno <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otros <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	---	---	--	--	---	---	---	--	--

Especifique en caso de ser positivo **Fecha diagnóstico**

28-Protesis: Oftalmologías - Auditivas - Mamarias-Cardiacas (Valvulas - Stent - Etc) (Mallas) Traumatológicas (Placa - Tornillos - Prótesis Reemplazo - Hombro Rodilla - Cadera - Columna - Arpones - Otras) - Urológicas- Bomba de Insulina - Sensores Glucémicos.

Observaciones

Firma y sello del Médico

DECLARO Bajo Juramento: 1) que los datos consignados precedente son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento Interno del Departamento de Servicios Sociales, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que el H. Consejo Directivo de Administración ha establecido y establezca para los servicios asistenciales médicos; 2) no padecer enfermedad alguna, excepción hecha de las que precedentemente enumeré; 3) conocer y aceptar expresamente y sin ningún tipo de reservas los períodos vigentes de carencia para todas aquellas prestaciones originadas en enfermedades preexistentes a la fecha de mi ingreso, eventuales complicaciones o consecuencias directas y/o indirectas de las mismas, las que no serán cubiertas por el Departamento de Servicios Sociales del CPCE hasta el cumplimiento de los mismos. Cuando se demostrare falsedad, reticencia u omisiones en la declaración efectuada por la presente, el Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales adoptará las medidas que considere oportuna tendientes a corregir las faltas, pudiendo aplicarse sanciones que van desde la suspensión temporaria de los servicios asistenciales médicos, hasta su desafiliación.

La recepción de la presente no implica la aceptación del solicitante como afiliado. La misma quedará sujeta a revisión y aprobación por parte del Directorio del Departamento de Servicios Sociales. Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto

Firma del Tutor / Representante Legal:

DNI:..... Aclaración:.....



CERTIFICADO MEDICO

El que suscribe, Dr. M.P.: ..., con especialidad
en..... M.E.: ..., CERTIFICA que ha examinado a
....., de años de
edad, D.N.I.:..., de profesión; y corroborando
lo que manifiesta en la declaración jurada de salud, deja constancia que su estado de salud es:
.....
.....
.....

En caso que padezca alguna dolencia o enfermedad especificar a continuación:

1) Diagnóstico:.....
.....

Evolución:
.....

Tratamiento:
.....

Grado incapacidad actual: por ciento (..... %) de la T.O.

Carácter de la misma (transitoria / definitiva):

Pronóstico:.....

Tiempo durante el cual no podrá desempeñar tareas laborales:.....

Lugar y fecha:

Firma del Médico:
Sello aclaratorio

Espacio reservado para certificación de firma por Consejo Médico.