

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Apellido y nombre

Peso  Altura

Fecha y lugar de nacimiento

DNI

Edad

Sexo  F  M

Estado civil

Parentesco con el titular

Domicilio actual

Obra soc. complementaria

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

## Antecedentes personales **Tiene o tuvo alguna de estas enfermedades**

**1-Neurológicas:** Epilepsia - Accidente Cerebro Vascular - Aneurisma Cerebral - Tumor - Hemorragias - Parkinson Alzheimer - Implantes - Esclerosis Múltiple - ELA - Enfermedades degenerativas musculares - Otras.

**2-Oftalmológicas:** Cataratas - Queratocono - Maculopatía - Astigmatismo - Miopía - Hipermetropía -Transplante Cornea- Usa lentes - Otras

**3-Ori:** Problemas del habla - Patología Garganta - Sordera - Usa Audífonos - Implante Coclear - Alergias - Otras

**4-Nutricionales/Metabólicas:** Obesidad - Cirugía Bariátrica - Dislipidemia - Anorexia - Enfermedad de Tiroides - Paratiroides -Tumores- Trastornos del crecimiento - Otras

**5- Pulmonares:** Bronquitis - Neumonía - Asma - Bronquiolitis - EPOC - Tumores - Fibrosis Pulmonar – Apneas - Usa Oxígeno - C - Pap - Otras

**6- Mamarias:** Nódulos - Displasia - Infecciones - Cáncer - Otras

**Mamografía:** Fecha- Resultado

**7- Cardíacas:** Enfermedad Congénita - Hipertensión - Insuficiencia Cardíaca - Arritmia - Infartos - Pericarditis - Tumores - Varices -Trombosis - Otras

**8- Gastrointestinales:** Apendicectomía - Colecistectomía - Hernias - Ulceras - Gastritis - Reflujo - Cirrosis - Enfermedad Diverticular - Enf. Cronh - Colitis Ulcerosa - Obstrucciones - Peritonitis - Pancreatitis - Endoscopias - Otras

**9- Urológicas:** Infecciones - Cálculos - Insuficiencia Renal - Diálisis- Tumores - Patología Próstata - Malformaciones Urinarias - Incontinencia Urinaria - Patología Genital - Tumores - Otras

**10- Ginecológicas:** Partos - Cesáreas - Abortos - Quistes Ovario - Miomas Uterinos - Infecciones - Embarazos Ectópicos - Legrados - Tumores - Otras

**Tratamientos de Fertilidad:** Baja y/o Alta Complejidad

**Cursa Embarazo Actualmente:**

**Pap - Colposcopia:** Fecha - Resultado

**11-Traumatológicas:** Fracturas- Luxaciones- Artrosis- Artritis- Patología Rodilla- Cadera- Columna- Hombro- Escoliosis -Tumores - Otras

**12- Piel:** Vitíligo - Psoriasis- Tumore - Quemaduras - Hemangiomas - Otras

**13- Hematológicas:** Anemia - Purpuras - Hemofilia - Talasemias - Leucemias - Linfomas - Otras

**14- Congenitas/Hereditarias:** Malformaciones - Fibrosis Quística - Enf. Tuner-Enf. Fabry –Enf. Metabólicas-Otras

**15- Adicciones:** Drogas - Alcohol - Fármacos - Otras

**16- Psiquiátricas:** Depresión - Bipolar - Psicosis - Neurosis - Esquizofrenia - Otras

**17- Reumáticas:** Artritis Reumatoidea - Esclerodermia- Lupus - Sjogren - Artritis Idiopática - Otras

**18- Infecciosas:** Sífilis - Chagas - HIV - Hepatitis - Otras

**19- Trasplantes:** Renal - Hepático - Cardíaco - Pulmonar - Otras

**20- Discapacidad / Incapacidad:** Enf. Congénita- Parálisis Cerebral- Patología Neurológica- Motora- Sensorial

**Porcentaje:**

Tiene Certificado Único de Discapacidad: **si .....** **No..... Fecha :.....**

**21-Diabetes:** Tipo 1 – Tipo 2 – Usa Insulina - Usa Hipoglucemiantes Orales

**22- Cáncer:** Recibió Quimioterapia - Radioterapia

**23- Cirugías:** Neurológica - Oftalmológica - ORL - Tiroides- Pulmonar - Mamaria - Cardíaca - Abdominal - Ginecológica -Traumatológica - Urológica - Piel - Otras

**24- Odontológicos:** Prótesis - Ortodoncia - Implantes - Otras

**25- Internaciones:** Clínicas - Quirúrgicas - Oncológicas - Otras

**26-Cirugías Estéticas:** Nariz - Mamarias - Dermolipectomia - Otras

**27-Estudios de Alta Complejidad:** Tomografías - Resonancia - Camara Gamma - Pet - Otras

**28-Prótesis:** 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

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

Si  No

**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 demuestre falsoedad, 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 temporal 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 Declarante:**

DNI: ..... Aclaración: .....

**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.