



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Antecedentes familiares	Diabetes ☐ Si ☐ No	Hipertensión ☐ Si ☐ No	Cardíacos ☐ Si ☐ No	Respiratorios ☐ Si ☐ No	Neurológicos ☐ Si ☐ No	Cáncer ☐ Si ☐ No	Discapacidad ☐ Si ☐ No	Ninguno ☐ Si ☐ No	Otros ☐ Si ☐ No
--------------------------------	---	---	--	--	---	---	---	--	--

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

28-Protesis: Oftalmologías - Auditivas - Mamarias-Cardíacas (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

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

DNI:..... Aclaración:.....