

DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD

1. Datos personales: Matricula N°: _____

1.1. Apellido y Nombres: _____

1.2. Sexo: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla o Estatura _____

1.3. Lugar y fecha de nacimiento: _____ / ____ / ____ Tipo y N° de documento: _____

1.4. Estado civil: _____ Nupcias: _____ Parentesco con el titular: _____

1.5. Composición del grupo familiar: _____

1.6. Domicilio actual: _____

2. Antecedentes hereditarios:

Enfermedades familiares: _____

3. Antecedentes personales:

3.1. Afecciones padecidas (especificar cuáles):

Cardiovascular Diabetes Neurológica Osteoarticulares Psiquiátricas Respiratorias

Cardiocirculatorias Digestivas Odontológica

3.2. Otras no especificadas: _____

3.3. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? **SI / NO** ¿Cuál? _____

3.4. ¿Estuvo alguna vez internado **SI / NO** Especifique clínica/s y fecha/s _____

Motivo o diagnóstico de internación: _____

4. Estado actual:

4.1. Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento medico u odontológico y medicación prescrita: _____

4.2. ¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? **SI / NO**

4.3. ¿La visión es normal? **SI / NO** ¿La audición es normal? **SI / NO**

4.4. Enfermedad crónica: _____

4.5. Medicamentos habituales o permanentes: _____

4.6. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica u odontológica? **SI / NO** ¿Desde cuándo? _____

Motivo: _____

4.7. ¿Quién lo está atendiendo profesionalmente? _____

M.P.: _____ Domicilio: _____

4.8. Si el proponente fuere de sexo femenino debe indicar aquí si ha sufrido alguna vez de enfermedades ginecológicas, si actualmente está embarazada, y cuántos embarazos ha tenido: _____

5. Antecedentes quirúrgicos y accidentes:

Especificar cuáles y fecha de los mismos: _____

6. Grado de incapacidad actual Por accidentes y otras causas (en caso de tenerlas): _____

7. Posee implantes de: Prótesis, Stent, Marcapasos, etc.: SI / NO. Especificar: _____

Fecha del implante: _____

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. Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto

Firma del declarante

Firma del titular del grupo

Aclaración: _____

Aclaración: _____

Carencia	Enfermedad	F.Proc.	Autorización
____/____/____	_____	____/____/____	
____/____/____	_____		