

# DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA MENORES DE EDAD

**IMPORTANTE:** Recuerde que la declaración falsa o la omisión respecto de su estado de salud y antecedentes médicos, son causales de suspensión y/o cancelación de la cobertura médica.



Fecha: / / Fecha de nacimiento: / / C. I. N°: / / Plan: / /

Nombre del Titular: / / Edad: / / Firma del Titular: / /

Declaro que el menor..... se encuentra en buenas condiciones de salud, no teniendo conocimiento actualmente de enfermedades que requieran intervenciones quirúrgicas y/o estado de gravedad. Queda constancia que a la fecha, las enfermedades pre-existentes, crónicas y/o congénitas que me afectan son:

		¿Su hijo/a ha padecido o padece de?		Descripción:
		Sí	No	
1	Trastornos genéticos.			
2	Malformaciones congénitas.			
3	Enfermedades metabólicas.			
4	Enfermedades neoplásicas (i.e. linfomas, sarcomas u otros).			
5	Enfermedades hematológicas como anemia, leucemia, hemofilia u otros).			
6	Asma, hiperreactividad bronquial u otras enfermedades respiratorias.			
7	Cardiopatías congénitas o cualquier otra enfermedad cardiovascular incluídas, pero no limitadas a las siguientes: fiebre reumática, prolapso de la mitral, síndrome de Kawasaki, hipertensión arterial.			
8	Autismo, epilepsia, convulsiones u otros trastornos neurológicos.			
9	Diabetes, hipotiroidismo u otros trastornos endocrinológicos.			
10	Enfermedades del riñón, como glomerulonefritis o infecciones urinarias recurrentes.			
11	Enfermedades del estómago, del intestino, del hígado o de la vesícula biliar.			
12	Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones incluídas, pero no limitadas a las siguientes: artritis reumatoidea juvenil, dermatomiositis, osteoporosis.			
13	Enfermedades autoinmunes o inflamatorias como el Lupus Sistémico Eritematoso o ciertas vasculitis.			
14	Enfermedades infecciosas como tuberculosis, hepatitis B, sífilis u otras.			
15	Ansiedad, depresión, anorexia nerviosa, bulimia o cualquier otro trastorno mental.			
16	Adicción al alcohol, a la nicotina o a drogas de uso recreacional.			
	<b>Su hijo/a</b>			
17	¿Ha sido sometido a cirugía o internado por alguna otra razón?			
18	¿Ha recibido el/a niño/a quimioterapia o radioterapia?			
19	Medicación que utiliza actualmente.			
20	¿ Ha padecido el/la niño/a alguna enfermedad no mencionada previamente?			

Declaro bajo fe de juramento que toda la información que antecede es correcta y se ajusta a la verdad, y manifiesto conocer y aceptar que en caso de falsedad u omisión de datos en la solicitud de admisión y en la declaración jurada de salud, las mismas serán causales de suspensión, cancelación de la cobertura y/o rescisión del contrato. La presentación de la solicitud de ingreso junto con la declaración jurada de salud, será sometida a consideración de la empresa, quien se reserva el derecho de aceptar o rechazar las solicitudes de ingreso de personas con enfermedades preexistentes.

Firma del Beneficiario Titular (adulto): \_\_\_\_\_ C. I. N°: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_