

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA ADULTOS



Fecha: / /	Fecha de nacimiento: / /	C. I. N°:
Nombre del Titular:	Edad:	Plan:
Nombre del Beneficiario: Yo declaro que me encuentro en buenas condiciones de salud, no teniendo conocimiento actualmente de enfermedades que requieran intervenciones quirúrgicas y/o estado de gravidez. Queda constancia que a la fecha, las enfermedades pre-existentes, crónicas y/o congénitas que me afectan son:		Firma del Titular:

	¿Ha padecido o padece de?		Descripción: tiempo, tipo, tratamiento actual
	Sí	No	
1			Ansiedad, depresión, o cualquier trastorno mental que haya requerido tratamiento o psicoterapia.
2			Accidentes cerebrovasculares, convulsiones, tratamiento de cráneo u otro trastorno neurológico.
3			Enfermedades de oído, boca, nariz, garganta, ojos.
4			Enfermedades de la tiroides u otra glándula de secreción interna.
5			Bronquitis crónica, asma, enf isema u otras enfermedades respiratorias.
6			Angina de pecho, ataque cardíaco, infarto del miocardio, fiebre reumática, soplo cardíaco, o cualquier condición cardiovascular.
7			¿Porta Marcapaso o se ha realizado cateterismo cardíaco, angioplastia o bypass coronario?
8			Arteriosclerosis, aneurismas, várices o alteraciones de los valores de Colesterol y Triglicéridos.
9			Diabetes.
10			Hipertensión arterial.
11			Enfermedades del estómago, intestino, ano (fisuras o hemorroides)
12			Enfermedades del hígado, páncreas y de la vesícula biliar.
13			Enfermedades de la sangre (anemia, leucemia, linfoma, etc.)
14			Quiste, cáncer o tumores. <i>Especificar localización y naturaleza.</i>
15			Enfermedades del útero, ovarios, trompas, mamas / próstata.
16			¿Está usted Embarazada? <i>(en caso de ser mujer).</i>
17			Indique por favor fecha de la última menstruación. <i>(en caso de ser mujer)</i>
18			Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones.
19			¿Ha sido usted internado por algún cuadro no quirúrgico?
20			¿Ha sido usted sometido a cirugía?
21			¿Ha recibido usted quimioterapia o radioterapia?
22			Medicación que utiliza actualmente (incluidas vitaminas, antioxidantes, etc.)
23			Fuma?. Frecuencia:
24			Bebe alcohol?. Frecuencia:
25			¿Consumo usted cualquier droga por razones no médicas?
26			¿Padece usted 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: _____ Aclaración: _____ C. I. N°: _____