

DECLARACION JURADA DE SALUD

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la afiliación

Apellido y Nombre				Fecha de solicitud
DNI	Edad	Peso	Talla	Fecha de ingreso

Cuestionario: Se presentará un formulario por cada integrante del grupo familiar.

Aclaraciones: Detalle secuelas existentes o complicaciones por enfermedad, accidentes o cirugías. Complete con letra de imprenta sin omitir ninguna respuesta. (Vea que cada punto comprende diferentes afecciones).

Cuestionario	Si/No	Breve detalle	Fechas
01- ¿Antecedentes neurológicos y psiquiátricos, convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, depresión? ¿Accidentes cerebrovasculares? ¿Discapacidades neurológicas o psiquiátricas?			
02 - ¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc.? ¿Usa anteojos?			
03 - ¿Afecciones de nariz, garganta u oído? ¿Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, ronquidos, apneas, etc.?			
04 - ¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad marcada? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes?			
05 - ¿Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, EPOC, infecciones, expectoraciones con sangre, etc.? ¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia por broncoespasmo / falta de aire?			
06 - ¿Nódulos, quistes, tumores de mama? ¿Prótesis mamarias? ¿Se ha efectuado punción diagnóstica? ¿Última mamografía realizada?			
07 - ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc.? ¿Le han realizado estudios cardíacos? ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojaron?			
08 - ¿Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, vesícula, cólicos, hepatitis (cuál), etc.? ¿Ha sido sometido/a a alguna cirugía digestiva? ¿Ha tenido resultados de laboratorio anormales? ¿Antecedentes familiares de tumores del aparato digestivo? ¿Ha tenido pólipos intestinales?			
09 - ¿Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de los ganglios? ¿Ha recibido quimioterapia y/o radioterapia?			
10- ¿Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, cálculos renales? ¿Infecciones genitales, quistes, tumores? ¿Le han extraído pólipos vesicales? ¿Si es varón mayor de 50 años, ha tenido valores anormales del antígeno prostático específico?			

11 - ¿Afecciones ginecológicas y obstétricas: ¿ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso, infertilidad, endometriosis, hemorragias, etc.? Fecha de último control ginecológico y último menstruación.			
12 - ¿Afecciones musculares y/o de los huesos; columna, cadera, rodilla, manos, etc.? ¿Ha sido sometido/a a cirugías de columna? ¿Ha sido sometido/a a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prótesis? ¿Escoliosis? ¿Está en tratamiento kinésico?			
13 - ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de la piel, psoriasis, melanoma, etc.? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, infecto contagiosas, H.I.V, etc.?			
14 - ¿Recibe o ha recibido o participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? ¿Padece o padeció trastornos alimentarios? Detalle medicamentos que recibe actualmente.			
15 - ¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Lo ha estado en el último año? ¿Ha estado internado? ¿Ingiera alguna medicación? Detalle droga y dosis. ¿Le realizaron estudios de resonancia, tomografías y/o biopsias? Adjuntar informes.			

Observaciones: _____

El suscripto declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la condición de afiliado, sin perjuicio del derecho del IOSCor a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder, siendo notificado de lo establecido en el Código Penal artículo 293: **"Sera reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años, el que insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concernientes a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".** IOSCor no cubrirá las enfermedades preexistentes al ingreso según me fuera debidamente explicado.

¿Realiza actividad física? _____ ¿Cuántas horas semanales? _____

¿Es Ud. y/o algún integrante de su grupo fumador? _____ Aclare quién y número de cigarrillos diarios

Firma y aclaración del titular

N° de documento

Dirección y teléfono para ser contactado (obligatorio): _____

Correo electrónico (obligatorio): _____

Fecha:

Firma y sello del médico

Firma y sello empleador

Resolución junta médica de I.O.S.COR.: incorporación con carencia ☐ / sin carencia ☐