

01 ORDEN																																																		
	APELLIDO Y NOMBRE																														FECHA DE NAC.																			
TIPO DOC.																																																		
	N. DOCUMENTO										NACIONALIDAD										SEXO										PARENTESO										ESTADO CIVIL									
02 ORDEN																																																		
	APELLIDO Y NOMBRE																														FECHA DE NAC.																			
TIPO DOC.																																																		
	N. DOCUMENTO										NACIONALIDAD										SEXO										PARENTESO										ESTADO CIVIL									
03 ORDEN																																																		
	APELLIDO Y NOMBRE																														FECHA DE NAC.																			
TIPO DOC.																																																		
	N. DOCUMENTO										NACIONALIDAD										SEXO										PARENTESO										ESTADO CIVIL									
04 ORDEN																																																		
	APELLIDO Y NOMBRE																														FECHA DE NAC.																			
TIPO DOC.																																																		
	N. DOCUMENTO										NACIONALIDAD										SEXO										PARENTESO										ESTADO CIVIL									

DECLARACION JURADA DE SALUD - ANTECEDENTES CLINICOS

DATOS		ASOCIADO TITULAR Y GRUPO FAMILIAR				
		Titular	1	2	3	4
Edad						
Sexo						
Altura						
Tensión Arterial						

DATOS DE SALUD

Complete los casilleros correspondientes con SI ó NO en cada caso según corresponda
FIRMA Y SELLO MEDICO INTERVENIENTE :

ACLARACION

	Titular	1	2	3	4
01 - Alergias					
02 - Alteraciones de los lípidos					
03 - Cardiovasculares, cardíacas vasculares					
04 - Partos, cesáreas					
05 - complicaciones de partos y cesáreas					
06 - Abortos espontáneos					
07 - Embarazo actual					
08 - De la piel					
09 - De la sangre u órganos linfáticos					
10 - De las glándulas					
11 - De las vías urinarias					
12 - De nariz, garganta y oído					
13 - Del aparato de la visión					
14 - Del aparato digestivo					
15 - Del aparato genital					
16 - Del aparato respiratorio					
17 - Diabetes					
18 - Consumo de drogas					
19 - Enfermedades congénitas o hereditarias					
20 - Enfermedades de las articulaciones					
21 - Enfermedades del colágeno					
22 - Epilepsia y/o convulsiones					
23 - Enfermedades neurológicas o del cerebro					
24 - Enfermedades psicológicas o psiquiátricas					
25 - Internaciones psiquiátricas					
26 - Trastornos de la alimentación					
27 - Hábito de beber					
28 - Hábito de fumar					
29 - Internaciones clínicas (aclarar al pié causa, si sigue en tratamiento y méd. tratante)					
30 - Hipertensión arterial					
31 - Traumatismos / accidentes					
32 - Intervenciones quirúrgicas (fecha, tipo de cirugía y médico tratante)					
33 - Lumbalgias					
34 - SIDA					
35 - Tumores o cancer					
36 - Otras					

En observaciones conteste las siguientes preguntas

- 1 - Cual fue la enfermedad o síntoma?
2 - En que fecha aproximada?
3 - Si actualmente continua en control o tratamiento detalle el mismo utilizando hojas adicionales

OBSERVACIONES

Indique las Instituciones y/o médicos que los atendieron en los últimos 2 años

La presente solicitud del asociado y los antecedentes clínicos de salud revisten el carácter de declaración jurada. El I.O.S.Cor. Se reserva el derecho de aceptación del trámite solicitado, ASÍ también actuar conforme con las normas vigentes en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.
NO SE DEBERA ABONAR SUMA ALGUNA HASTA LA ACEPTACION DE LA PRESENTE SOLICITUD

El que suscribe
Documento de identidad tipo número
declara expresamente haber leído y contestado correctamente todas las preguntas e informaciones formuladas en esta solicitud de asociación, contestándolas en carácter declaración jurada, así como conocer y aceptar las condiciones generales de asociación, el reglamento general de los servicios y cobertura del plan. Además autoriza a todos los profesionales que lo hubieran asistido personalmente y/o su grupo familiar, a brindar todas las informaciones adicionales que la asociación requiera.

.....
Firma y aclaración del solicitante titular

Se deja constancia que el sr. Es asociado / colegiado a esta asociación.

Firma y Sello

Aclaración

AUDITORIA MEDICA

Fecha: / / Conforme Firma.....