



# DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la asociación

Fecha Solicitud

\* A completar por OSJERA

Promotor *	Plan	Fecha de Ingreso	N° de Asociado *

Integrante	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Sexo										
Edad										

CUESTIONARIO: Responder con referencia al titular e integrantes del grupo familiar a asociar.

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

01 - ¿Antecedentes neurológicos y psiquiátricos: convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, depresión? ¿Accidentes cerebrovasculares? ¿Discapacidades neurológicas o psiquiátricas?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

02 - ¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc.? ¿Usa anteojos?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

03 - ¿Afecciones de nariz, garganta u oído? ¿Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, ronquidos, apneas, etc.?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

04 - ¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad marcada? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes? ¿Peso, altura?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

05 - ¿Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, infecciones, expectoraciones con sangre, etc.? ¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia por broncoespasmo / falta de aire?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

06 - ¿Nódulos, quistes, tumores de mama? ¿Se ha efectuado punción diagnóstica?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

07 - ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc.? ¿Le han realizado estudios cardíacos? ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojaron?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

08 - ¿Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hemias, vesícula, cólicos, hepatitis (cual), 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?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

09 - ¿Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de los ganglios? ¿Ha recibido quimioterapia y/o radioterapia?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

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 normales del antígeno prostático específico?			
SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

11 - ¿Alteraciones ginecológicas y obstétricas: ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso, tratamientos por esterilidad, endometriosis, hemorragias, etc.? ¿Cuál ha sido la fecha del último control ginecológico? ¿Y de la mamografía?

SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

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?

SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

13 - ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de la piel, psoriasis, etc.? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, infecto contagiosas, H.I.V., etc.?

SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

14 - ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? ¿Ha recibido o participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? ¿Trastornos de la alimentación? Enumerar las medicaciones y dosis que recibe actualmente

SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

15 - ¿ Fue usted o algún otro integrante de su grupo familiar socio con anterioridad? ¿Recuerda el número de socio?

SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

16 - ¿ Le han realizado estudios de resonancia magnética, tomografía o biopsias? ¿Cuáles fueron los motivos? Adjuntar informes.

SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Quién/es	Fechas
Breve detalle			

OBSERVACIONES:  
continúa abajo \*

Peso: \_\_\_\_\_ Kgs. Talla: \_\_\_\_\_ cms. Fuma:  SI  NO C uántos por día: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_  
 Realiza actividad física?  SI  NO Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
 Ha tenido alguna internación?  SI  NO Cuál fue el motivo? \_\_\_\_\_

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, deliberara o no, invalidará la condición de asociado, sin perjuicio del derecho de OSJERA a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del titular o cónyuge  
N° de documento:

Dirección y teléfono para ser contactado por auditoría médica	Horarios

Resolución junta médica OSJERA

\_\_\_\_\_  
Sello y firma de auditoría médica  
Fecha:

Acepto / no acepto resolución junta médica

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del titular o cónyuge  
Fecha:

OBSERVACIONES\* :