

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

(Cumplimiento Art. 41 inc. c - Ley 6716 - t.o.1995)

Datos del afiliado:

Apellido y nombre completo:	
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	Lugar y fecha de nacimiento

Indique si padece o ha padecido alguna vez de: (Marque con una "X")

1	Enfermedades congénitas. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
2	Malformaciones congénitas. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
3	Enfermedades cardiovasculares (infarto, dolores de pecho, hipertensión o cualquier enfermedad del corazón o vasos sanguíneos, trastornos circulatorios, etc.). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
4	Cualquier forma o tipo de cáncer, tumor o quiste. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
5	Enfermedad, dolor o trastorno en los músculos, huesos, articulaciones, miembros o columna (incluyendo artritis, gota, reumatismo, fiebre reumática, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, hernia de disco). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
6	Enfermedad neurológicas (espasmo, desmayos, parálisis, dolores de cabeza, enfermedad neurológica, epilepsia, vértigo, neuritis o temblor). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
7	Enfermedades psiquiátricas (ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, delirio, etc.). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
8	Enfermedades respiratorias (asma, enfisema, bronquitis, tos persistente, pleuresía, tuberculosis, expectoración de sangre o cualquier trastorno de garganta o pulmones). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
9	Enfermedades digestivas (enfermedad del hígado, páncreas, esófago, estómago o duodeno, intestino; hemorroides, úlceras, hernias, divertículos, pólipos y megacolon). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
10	Anemia, agrandamiento ganglionar, trastornos de la médula ósea, hemofilia y trastornos de la coagulación. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
11	Alteraciones metabólicas del ácido úrico, colesterol, lípidos, etc. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
12	Diabetes, bocio, enfermedades del crecimiento, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y tiroides. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
13	Eczema, psoriasis, cáncer de piel u otros. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
14	Agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
15	Lesión del tabique, atrofias, dificultad respiratoria, sinusitis; ronquera, disfonías, nódulos; otitis, sordera u otros. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
16	Toxoplasmosis, chagas u otras enfermedades infecciosas. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
17	Alguna enfermedad de riñones, vejiga o de los órganos genito-urinarios (próstata, afecciones uterinas, etc.). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
18	Otras enfermedades. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:

Cuestionario general: (Marque con una "X")

1	¿Se ha sometido o ha recibido alguna vez orientación médica, tratamiento, análisis de sangre (incluido análisis de HIV) en relación con alguna infección por el HIV y/o sus enfermedades asociadas (SIDA) o sexualmente adquirida? Si responde SI, por favor indique la razón del mismo y su resultado (por ejemplo: en conexión con seguros, empleo, transfusión de sangre, etc.). <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
2	¿Pertenece o perteneció a alguno de los grupos de alto riesgo de infección por el HIV y sus enfermedades asociadas (SIDA)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
3	¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de examen o investigación médica no mencionados anteriormente (por ejemplo: análisis de sangre, radiografía, electrocardiograma, ecocardiograma, ecografía, electroencefalograma, endoscopia, tomografía computada, resonancia magnética nuclear, centellograma, estudios funcionales, etc.); o padece de alguna enfermedad o incapacidad no expresada anteriormente? Si responde SI, por favor indique la razón del mismo y su resultado. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
4	¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Causa:
5	¿Va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Causa:
6	¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de tratamiento odontológico (por ejemplo: ortodoncia, periodoncia, prótesis, etc.)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Causa:
7	¿Está recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento por parte de un médico o institución médica no mencionados anteriormente, incluyendo dieta especial, corticoides, anticoagulante, homeopático, insulina, etc.? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:
8	¿Ha aumentado o disminuido su peso en el último año más de 5 kilos? Indique peso y talla: _____ Si responde SI, proporcione detalles incluyendo la cantidad y causas. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI _____
9	¿Ha consumido alguna vez o consume actualmente drogas para otro propósito que no sea médico? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cuales:
10	¿Ha padecido o padece actualmente alguna afección del útero, ovarios, senos y órganos genitales? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual:

Cuestionario personal:

Peso: _____	Estatura: _____
-------------	-----------------

Manifiesto que la información suministrada es exacta, teniendo carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Lugar y fecha: _____

Firma

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

Su remisión al Departamento Prestaciones Médicas de la
Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires
deber ser dentro de un sobre cerrado.