



SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL MÉDICO-BIOQUÍMICO

Córdoba 439 – Tel: (0343) 4230524 – 4219956

3100 Paraná – Entre Ríos

www.previsionsocial.com.ar

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Propuesto afiliado _____
Nombre Completo

Fecha de Nacimiento _____
DÍA MES AÑO

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Cédula N° _____ Serie _____

POR FAVOR, CONTESTE A SU MEJOR SABER Y ENTENDER

- 1 a. Nombre y dirección de su médico particular _____
(Si no tiene, último médico consultado)
- b. Fecha y motivo de la consulta más reciente _____
(Si fue dentro de los últimos 10 años)
- c. ¿Qué tratamiento o medicación se prescribió? _____

SÍ NO

2. ¿Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de: (SUBRAYE LOS DATOS PERTINENTES)		
a. Enfermedad o defecto de ojos, oídos, nariz o garganta?		
b. Mareos, desmayos, convulsiones, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, enfermedad de tipo mental o nerviosa?		
c. Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, hemoptisis, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis, o enfermedad respiratoria crónica?		
d. Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión, fiebre reumática soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del sistema cardiovascular?		
e. Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión frecuente o cualquier otra enfermedad del estómago, intestinos, hígado o vesícula?		
f. Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, cálculos u otra enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor?		
g. Diabetes, enfermedad de la tiroides u otras glándulas endocrinas?		
h. Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo, incluyendo la columna, espalda y articulares?		
i. Alguna deformidad, cojera u amputación?		
k. Alergias, anemia u otra enfermedad de la sangre		
l. Uso excesivo de alcohol.		
3. En la actualidad, fuma usted o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarrillos, cigarros, pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? (En caso de afirmativo, dé detalles y cuántos al día)		
4. ¿Ha usado alguna vez drogas estupefacientes, a menos que fuera bajo consejo médico?		
5. ¿Está usted actualmente sometido a observación, tratamiento o medicación por alguna enfermedad?		
6. ¿Tiene usted la intención de buscar consejo médico, tratamiento o medicación por alguna enfermedad?		
7. En los últimos 5 años:		
a. ¿Ha tenido alguna enfermedad física o mental aparte de las ya mencionadas?		
b. ¿Ha tenido alguna revisión, consulta, lesión u operación quirúrgica?		
c. ¿Ha sido paciente en hospital, clínica, sanatorio u otros establecimientos médicos?		



SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL MÉDICO-BIOQUÍMICO

Córdoba 439 – Tel: (0343) 4230524 – 4219956

3100 Paraná – Entre Ríos

www.previsionsocial.com.ar

SÍ NO

d. ¿Ha sido sometido a electrocardiograma, rayos x, u otro tipo de análisis?		
e. ¿Se le ha aconsejado algún análisis, internación, u operación que no se hubiera realizado?		
8. ¿Ha tenido aplazamiento, rechazo, reducción del servicio militar por deficiencia física o mental?		
9. ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo?		
10. ¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, hipertensión, enfermedad sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio?		

	Edad si viven	Estado de salud / Causa de su muerte	Edad al morir
Padre			
Madre			
Hermanos/as			
No vivos ____			
No muertos ____			

11. a. Estatura _____ (m) _____ (cm)

b. Peso _____ (kg)

SÍ NO

12. ¿Ha tenido algún cambio de peso en los últimos 12 meses?		
13. SI EL PROPUESTO AFILIADO ES MUJER A su mejor saber y entender		
a. ¿Ha tenido alguna vez trastornos de la menstruación, pechos, aparato genital, o alteraciones en el embarazo?		
b. ¿Está embarazada en la actualidad? En caso afirmativo, de cuántos meses _____		

SÍ NO

SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) En caso afirmativo, dé detalles completos		
14. ¿Ha recibido consejo médico o tratamiento en conexión con SIDA o una condición relacionada al SIDA o una enfermedad transmitida sexualmente?		
15. ¿Le han dicho que ha tenido SIDA o el complejo relacionado al SIDA?		
16. ¿Ha tenido o le han dicho que ha tenido resultados positivos de pruebas sanguíneas para anticuerpos del SIDA? (Virus de Inmunodeficiencia Humano).		
17. ¿Tiene usted alguno de estos síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones de la piel?		



SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL MÉDICO-BIOQUÍMICO

Córdoba 439 – Tel: (0343) 4230524 – 4219956

3100 Paraná – Entre Ríos

www.previsionsocial.com.ar

En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, indique el número de ésta e incluya el diagnóstico, fecha, duración, grado de recuperación y nombre/dirección de médicos a quienes se pueda pedir información.

Confirmando que soy la persona arriba mencionada como propuesto afiliado y que las declaraciones y respuestas precedentes, una vez debidamente comprobadas son completas, auténticas, correctamente transcritas y forman parte de la solicitud de afiliación a la caja de Previsión Médico – Bioquímico.

Por la presente autorizo a todo médico, hospital, compañía de seguros u otra institución o persona cualquiera a que, dentro de los límites legales, faciliten información a la caja sobre mi estado de salud, historial médico y cualquier internación, recomendación, diagnóstico, tratamiento, enfermedad o dolencia. Una fotocopia de esta autorización será asimismo válida.

Firmado en _____ el _____ de _____ de 200_____

(Ciudad)

afiliación a la caja de Previsión Médico – Bioquímico

Firma del Propuesto afiliado