

DECLARACIÓN JURADA / HISTORIA CLÍNICA AFILIACIÓN VOLUNTARIA

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ LUGAR: _____ NACIONALIDAD: _____ DNI _____

ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TEL: _____

A. ANTECEDENTES FAMILIARES / Consignar datos positivos

PADRE: _____ ESPOSO/A: _____

MADRE: _____ HIJOS: _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES / Marcar con una X

	NO	SI		NO	SI		
		S/Tto	C/Tto		S/Tto	C/Tto	
1. ENF. CARDIOVASCULARES-SIST. VASCULAR PERIFÉRICO				8. PSIQUIATRÍA			
Hipertensión arterial				Síndromes depresivos			
Cardiopatía isquémica				Demencias			
Chagas				Psicosis			
Arritmias crónicas				Adicción			
Arteriopatía obstructiva periférica y/o aneurismas				Bulimia - anorexia			
Valvulopatía congénita o adquirida				Autismo			
Miocardiopatía				Otros			
Marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador				9. INFECCIOSAS			
Otros				HPV			
2. SISTEMA RESPIRATORIO				HIV desconoce <input type="radio"/>			
Asma - EPOC				Hepatitis ¿cuál?			
TBC				Enfermedades infecciosas no resueltas			
Enfermedad fibroquística				Otros			
Hipertensión pulmonar				10. OTORRINOLARINGOLÓGICAS			
Fibrosis pulmonar				Hipoacusias			
Otros				Otitis crónica			
3. SISTEMA DIGESTIVO				Síndrome vertiginoso			
Úlcera gastroduodenal				Poliposis rinosinusal			
Síndrome de malabsorción				Disfonías orgánicas			
Cirrosis hepática				Otros			
Pancreatitis crónica				11. ONCOLÓGICOS			
Enfermedad inflamatoria intestinal				Tumor benigno ¿Cuál?.....			
Hepatitis crónica				Tumor maligno ¿Cuál?.....			
Enfermedad biliar				12. OFTALMOLÓGICOS			
Otros				Glaucoma			
4. ENDÓCRINO-METABÓLICO				Queratocono			
DIABETES TIPO I <input type="radio"/> II <input type="radio"/>				Retinitis pigmentaria			
Trastornos tiroideos				Miopía / astigmatismo			
Otros				Otros			
5. SISTEMA NEFROURINARIO				13. OSTEOARTICULAR			
Enfermedades renales				Malformaciones congénitas o adquiridas			
Enfermedades obstructivas del árbol urinario				Deformaciones congénitas o adquiridas			
Insuficiencia renal crónica				Osteopatías / miopatías			
Varicocele				Otros			
Otros				14. HEMATOLÓGICOS			
6. SNC-PERIFÉRICO				Leucemia / linfomas			
Epilepsia - convulsiones				Anemias hemolíticas			
Otros				Trastornos de la coagulación			
7. OTROS				Otros			
Enf. cromosómicas o genéticas				15. GINECOLÓGICOS			
Enf. con inmunodeficiencia o autoinmunes				Poliquistosis ovárica			
Transplantes				Endometriosis			
				Otros			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					AÑO		
1.							
2.							
INTERNACIONES							
1.							
2.							
MEDICAMENTO/S				HÁBITOS			
¿CUÁL/ES?		¿Dosis?		Tabaco	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Cantidad / día:
1.				Alcohol	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Cantidad / día:
2.				Droga	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Especificar:
3.							

C. EXAMEN CLÍNICO DESCRIPTIVO /

F.R.	X	TA	/	mmHg	Pulso Rad.:	p/min	REG <input type="radio"/>	IRR <input type="radio"/>	Peso:	kg	Estatura	mts	IMC	
1. PIEL:														
2. CABEZA Y CUELLO:														
3. MAMAS:														
4. APARATO RESPIRATORIO:														
5. APARATO CARDIOVASCULAR:														
6. APARATO GASTROINTESTINAL:														
7. APARATO GENITOURINARIO:														
8. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:														
9. SISTEMA NERVIOSO:														
10. SISTEMA ENDÓCRINO:														
11. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA:														
12. EXAMEN GINECOLÓGICO: Antecedentes obstétricos /					G	P	A	C						
FUM ___ / ___ / ___					CICLO: (Duración / frecuencia. Ej: 4/28) ___ / ___				REG. <input type="radio"/> IRREG. <input type="radio"/>					

D. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS /

Radiografía de torax: (F y P) Consignar datos positivos	
Radiografía de columna lumbosacra: (F y P) Consignar datos positivos	

ANÁLISIS DE LABORATORIO / Detallar valores

GB:	Hepatograma : TGO:	TGP:	FAL:	Chagas:
Hb:	COL. Total:			VDRL:
Hto:	HDL:			Coagulograma:
ERS:	TG:			TSH:
Glucemia:	LDL:			PSA:
Uremia:	Sedimento urinario:			Otros:
Ácido úrico:	Creatininemia:			

ELECTROCARDIOGRAMA / Consignar datos positivos	

PAP Clase /		
CALENDARIO DE VACUNACIÓN /	ECOGRAFÍA MAMARIA / Consignar datos positivos	ECOGRAFÍA ABDOMINO - GINECOLÓGICA / Consignar datos positivos
Completo <input type="radio"/>		
Incompleto <input type="radio"/>		

OBSERVACIONES /	

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA /	

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CORRECTOS, MANIFESTANDO EXPRESAMENTE NO HABER FALSEADO NI OMITIDO DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

Conste que por la presente quedo notificado/a que la falsedad de los datos expresados en la presente Declaración Jurada producirá la revocación del otorgamiento de la afiliación del suscripto y del grupo familiar conforme a la ley 6982 texto ordenado 1987 y su decreto reglamentario.

_____ Lugar y fecha
_____ Firma del postulante
_____ Firma y sello del médico
_____ Firma y sello del Director médico de la Clínica

(MARCAR CON UNA X)

Habiendo analizado la presente documentación, esta auditoría entiende que el/la postulante **PRESENTA / NO PRESENTA** patología susceptible de encuadrarse como enfermedad preexistente según Resolución vigente, por lo que sugiere **ACCEDER / NO ACCEDER** a la afiliación solicitada.

Lugar y fecha de la auditoría _____

_____ Firma del médico auditor IOMA