



DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL - FICHA EPIDEMIOLÓGICA

NOMBRE Y APELLIDO DEL POSTULANTE:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:

EL POSTULANTE HA SUFRIDO O SUFRE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O SÍNTOMAS

Si corresponde marque con una X

Alergia		Enfermedades renales		Patología tiroidea	
Amigdalitis		Infarto		Resfrios continuos	
Anemia		Epilepsia		Patología Neurológica	
Asma		Fiebre Reumática		Sicosis	
Bocio		Fracturas o luxación		Sinusitis	
Brucelosis		Fuma?		Sordera o disminución de audición	
Cancer		Hemorragias		Tos Crónica	
Chagas		Hemorroides		Trastornos en los ojos o Dif. de visión	
Consume bebidas alcoholicas?		Hapatitis		Trastornos Gastrointestinales	
Convulsiones		Hernias		Trastornos hormonales	
Depresión		Hidatidosis		Tuberculosis	
ACV (Accidente Cerebro Vascular)		Hipertension Arterial		Úlcera gástrica o Duodenal	
Diabetes		Insomnio		Várices	
Dificultades al orinar o sangre en orina		Meningitis		Vértigo	
Dolores de cabeza frecuentes		Neuritis o Neuralgias		Enfermedades Neurológicas	
Dolores de espalda o cintura		Obesidad			
Dolores en el pecho		Paludismo			
Enf. Reumatoideas		Patología en Columna Vertebral			
Enf. Venereas		Perdida de Memoria			
Enfermedades Cardiacas		Perdida de peso frecuente			
Enfermedades de la piel		Practica deportes?			

Informe sobre enfermedades actuales

Si Está Medicado Indique Medicación:

--

Observaciones:

--

Médico Auditor

"El que suscribe en el carácter antes invocado DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en la presente son correctos y completos y que ésta declaración ha sido confeccionada sin omitir ni falsear dato alguno que debe contener, siendo fiel expresión de la verdad. Consecuentemente, la falsedad u ocultamiento de datos, dará lugar a la DOS a la aplicación de las normativas y legislación vigente".

Fecha:

Firma y Aclaración
Postulante o
Persona Autorizada

Firma y Aclaración
Afiliado Titular