



DIRECCION DE OBRA SOCIAL-FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Numero de Registro:

NOMBRE Y APELLIDO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

HAY ANTECEDENTES EN SU FAMILIA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES

PARENTESCO	VIVEN	Enf. Respiratorias	Asma Bronquial	Cáncer	Diabetes	Enf. Cardiacas	Hipertension Arterial	Enfermedad renal o urinaria	Enf. Hematológicas	Tuberculosis	Enf. Mentales	Transplantado	Enf. Neurológicas	FALLECIDOS CAUSA
	SI - NO													
Padre														
Madre														
Esposa/o														
Hijos														
¿Otro Parentesco? - ¿Cual?														
Hijos														

SU GRUPO FAMILIAR HA SUFRIDO O SUFRE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O SINTOMAS

Marque con una X si tienen o han tenido	Yo	Contrayente	Concubina/o	Hijos	Ex-contrayente	Marque con una X si tienen o han tenido	Yo	Contrayente	Concubina/o	Hijos	Ex-contrayente
Alergia						Neuritis o Neuralgias					
Amigdalitis						Obesidad					
Anemia						Paludismo					
Asma						Patología en Columna Vertebral					
Bocio						Perdida de Memoria					
Brucelosis						Perdida de peso frecuente					
Cancer						Practica deportes?					
Chagas						Patología tiroidea					
Consume bebidas alcoholicas?						Resfrios continuos					
Convulsiones						Patología Neurológica					
Depresión						Sicosis					
ACV (Accidente Cerebro Vascular)						Sinusitis					
Diabetes						Sordera o disminución de audición					
Dificultades al orinar o sangre en orina						Tos Crónica					
Dolores de cabeza frecuentes						Trastornos en los ojos o Díf. de visión					
Dolores de espalda o cintura						Trastornos Gastrointestinales					
Dolores en el pecho						Trastornos hormonales					
Enf. Reumatoideas						Tuberculosis					
Enf. Venereas						Úlcera gástrica o Duodenal					
Enfermedades Cardiacas						Várices					
Enfermedades de la piel						Vértigo					
Enfermedades renales						Agregue cuales son las enfermedades actuales y quien le corresponde					
Infarto											
Epilepsia											
Fiebre Reumática											
Fracturas o luxación											
Fuma?											
Hemorragias											
Hemorroides											
Hepatitis											
Hernias											
Hidatidosis											
Hipertension Arterial											
Insomnio											
Meningitis											
Si Está Medicado Indique Medicación:											

"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:

Parentesco:

Firma y Aclaración