



ADMINISTRACION FEDERAL



**DECLARACION JURADA DE SALUD DE TRABAJADORES  
AUTONOMOS QUE SE INCORPORAN AL S.I.P.A.**

**DECRETO N° 300 / 97**



RES.GRAL. AFIP N° 12 / 97 - RES.ANSES - D.E. N° 766 / 97 - RES. SAFJP N° 0428 / 97

**USO EXCLUSIVO ANSES**

CUIT NRO.																
APELLIDO																
NOMBRES																
DOC.TIPO	NRO.						F. NACIM.	DIA			MES			AÑO		
PROFESION / ACTIVIDAD																
DOMICILIO																
NUMERO			PISO			DPTO.			TEL.			C. P.				
LOCALIDAD																
PROVINCIA																
FUNCIONARIO INTERVINIENTE																

Apartado 2 de la reglamentación del art. 27, Ley N° 24.241 - « Seré obligatorio para el trabajador autónomo que se incorpora al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, presentar una Declaración Jurada de Salud a los fines de determinar si padece alguna incapacidad al momento de su afiliación. Mientras no haya cumplido ese requisito, o si la declaración contiene falsedades o reticencias, la afiliación no producirá efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por fallecimiento del afiliado en actividad. Si se estableciere que se encuentra incapacitado en los términos del art. 48 de la Ley N° 24.241, la afiliación no producirá efectos a los fines de la obtención del retiro por invalidez o pensión por fallecimiento del afiliado en actividad cuando la contingencia se produjera como consecuencia de la patología existente al momento de la afiliación».

**« El que suscribe la presente, declara bajo juramento que las respuestas a las preguntas que se consignan a continuación y sus ampliaciones y aclaraciones, han sido completadas teniendo pleno conocimiento de que cualquier ocultamiento, falsedad o reticencia sobre su verdadero estado de salud, determinará que la afiliación no produzca efecto alguno a los fines de la obtención del retiro por invalidez y pensión por fallecimiento del afiliado en actividad.»**

	SI	NO
1 - ¿Se siente Ud. en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - ¿Tiene? Ud. alguna dificultad para el desempeño de sus tareas laborales habituales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - ¿Ha sido tratado alguna vez, o está actualmente en tratamiento por las siguientes enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a - Cardiovasculares <input type="checkbox"/>	d - Diabetes (Azúcar alto en sangre) <input type="checkbox"/>	g - Convulsiones <input type="checkbox"/>
b - Broncopulmonares (Bronquitis Asma) <input type="checkbox"/>	e - Enfermedades Malignas (Cancer) <input type="checkbox"/>	h - Mal de Chagas <input type="checkbox"/>
c - Hipertensión Arterial (Presión Alta) <input type="checkbox"/>	f - Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/>	i - Otras <input type="checkbox"/>
4 - ¿ Tiene algún defecto físico o discapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - ¿ Ha sido internado en los últimos 24 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - ¿ Se le ha efectuado alguna operación en los últimos 24 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - ¿ Toma en forma regular alguna medicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 2, 3, 4, 5, 6 y 7, o negativa a la 1; aclare a continuación, por qué (diagnóstico), cuando ocurrió ( fechas), donde (Hospital o Clínica) , nombre del Médico que lo atendió, nombre del medicamento y dosis diaria.

ORIGINAL : ANSES - DUPLICADO : AFILIADO

**ACLARACIONES:**

- 1 - .....  
.....
- 2 - .....  
.....
- 3 - .....  
.....  
.....
- 4 - .....  
.....
- 5 - .....  
.....
- 6 - .....  
.....
- 7 - .....  
.....

Lugar ..... Fecha ...../...../.....

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del funcionario interviniente

**INTERVENCION DE AUDITORIA MEDICA**

**DICTAMEN**

**FIRMA DEL AUDITOR**

☐ **A - Alta sin Examen Médico**

**A**

☐ **B - Completar correctamente o ampliar la Declaración jurada**

**B**

Datos que debe ampliar o completar

.....  
.....  
.....

☐ **C - Debe efectuarse Examen Médico**

**C**

Lugar ..... Fecha ...../...../.....

Sello del Auditor .....