



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

## DECRETO Nº 300 / 97

HIGO	EVCI	LIGIVA	ANSES

ANSI	ES		RF	ES.G	FRAI	. AFI	IP Nº	12/	97 -	RES	.ANS	SES -	D.E.	Nº 760	6 / 97	- RI	ES. S.	AFJ	P	√° 04	128 /	97			US	60 E	XC	LUS	SIVO	AN	SES	; —
CUIT NRO.					_	·				_								_														
APELLIDO	] ,	ı	1	ı					ı	ı	ı	ı	ı	ı	l	ı	ı	ı	ı			ı	ı	ı	ı		ı	ı	ı	ı	ı	ı
NOMBRES		_	i		_				<u> </u>	<del>:</del>	T	T	T	<del> </del>	<u> </u>	'n	T	T	_		 	<u> </u>	T	T	<u> </u>			T	T	i	T	1
DOC.TIPO			NR	0.			 	<u></u>	<u>                                       </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	F.	NA	CIM		DIA	<u>.</u>	<u> </u> 		Lм	ES	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	ΔΙ	ÑО	<u> </u>	<del>_</del>	<u> </u>	Ť	_ 
PROFESION / A	CTI	VID	AD			П			<u> </u>	<u> </u>	İ	T	ī	ī	ı	<u> </u>	ī	T	_			<u></u> 	Ť	Ť	╗	7 (		i	i	<u> </u>	Ť	
DOMICILIO	П							Ī	<u></u>	ī	i	T	İ	i	i	ï	ī	İ	i			<u>-</u>	ï	ï	i		Ī	ï	T	i	İ	ī
NUMERO	Τi	ī	i			PIS	0		İ	Ī	DI	РТО	<u>.</u>	i	İ	Ŧ	EL.	1	ī			i	ī	Ī	T	С	. P.	Τ	ī	ī	Ī	Ī
LOCALIDAD	Ī	Ī	Ī							I	Ī	Ī	Ī	Ī	ĺ	Ī		Ī	Ī				Ĺ	Ī	Ī				Ī	Ī	Ι	Ī
PROVINCIA						Ш				I	L	L		L		L		I					L	I			L		L	L	L	Ī
FUNCIONARIO	INTE	ΞRV	/INIE	EN7	ГΕ				Ī	ī	Ī	Ī	ī	Ī	Ī	Ī	Ι	ī			1	Ī	Ī	Ī	Ī		Ī	Ī	Ī	Ī	Т	Ī
« El que su a continua que cualqu afiliación no por fallecir	ación lier d o pro	y ocu odu	sus Itam zca	an ier	npli nto, efec	iacio fal: to	one sed alg	s y lad unc	0 i	lar reti	acio cen los	one. Icia	s, h sol	an bre	sia su	lo d ver	on dad	npl der	eta o (	da est	s te	enie o de	ena e s	lo alu	ple ıd,	eno de	cc	no mir	cim nara	nien á qu	to due l	de
1 - ¿Se sient 2 - ¿Tiene? \ habitual 3 - ¿Ha sido siguiente	Ud. es? trata	alg add	juna o al	a d	difi ına	cul	tac	d pa	ara	a e	l d	ese													es			]	SI			10
a - Cardio					آ		기		Ч	_ r	)iał	oete	20				Г		7	a	- C	`or	11/11	lei	or	100			$\neg$	l		
b - Bronco					ו		_			()	Azú	car a	lto e	n sai ade	_	)	_		7	Ū	- N							_	_	I		
	quitis			,3	L		_		Ü					(Car	_	)	_		_	11	- 10	/Iai	ue	; С	<i>/</i>     (	ayo	25	_		l		
c - Hiperte	nsić Presió			ria	ıl [				f -	In	mu	noc	defi	cie	ncia	а			]	i	- 0	tra	S									
4 - ¿ Tiene a	lgúr	ı d	efec	ctc	) fí	sic	0 0	di	sc	ар	ac	ida	d?																_			_
5 - ¿ Ha sido	inte	ern	ado	э е	n l	os	últ	im	os	24	1 m	nes	esʻ	?															_			
6 - ¿ Se le ha	efe	ecti	uad	0	alg	jun	a o	ре	ra	cić	n e	en	los	últ	im	os	24	m	es	se	s?											
7 - ¿ Toma e	n fo	rm	a re	gı	ula	r al	lgu	na	m	ed	ica	ació	ón?	•																		
En caso de resp cuando ocurrió diaria.							_						-		_															_		

ACLARACIONES:				
Lugar	F	echa	/	
Firma y Aclaración	del Afiliado Firma y acla	ración del fun	cionario interviniente	-
Firma y Aclaración	del Afiliado Firma y acla	MEDICA		-
Firma y Aclaración		MEDICA	cionario interviniente	₹
	INTERVENCION DE AUDITORIA	MEDICA		
DICTAMEN	INTERVENCION DE AUDITORIA	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOF	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame	INTERVENCION DE AUDITORIA	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOF	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor	INTERVENCION DE AUDITORIA	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOF	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame	INTERVENCION DE AUDITORIA	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOF	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada	INTERVENCION DE AUDITORIA	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOF	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada  Datos que debe	INTERVENCION DE AUDITORIA en Médico rectamente o ampliar la Declai	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOF	R
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada  Datos que debe	INTERVENCION DE AUDITORIA en Médico rectamente o ampliar la Declar	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOR	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada  Datos que debe	INTERVENCION DE AUDITORIA en Médico rectamente o ampliar la Declar e ampliar o completar	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOR	]
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada  Datos que debe	en Médico rectamente o ampliar la Declar	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOF  A  B	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada  Datos que debe	INTERVENCION DE AUDITORIA en Médico rectamente o ampliar la Declar e ampliar o completar	MEDICA	FIRMA DEL AUDITOR	
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada  Datos que debe	en Médico rectamente o ampliar la Declar e ampliar o completar se Examen Médico	MEDICA ración	FIRMA DEL AUDITOF  A  B	]
DICTAMEN  A - Alta sin Exame  B - Completar cor jurada  Datos que debe	en Médico rectamente o ampliar la Declar	MEDICA ración	FIRMA DEL AUDITOF  A  B	]