

DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

SECRETO MÉDICO - Para uso exclusivo de Auditoría Médica de Asociación Mutual SanCor Salud

Todos los datos deben completarse de puño y letra del solicitante

PARENTESCO	APELLIDO Y NOMBRES	EDAD	PESO	ALTURA	IMC
Titular					
Cónyuge					
Concubino/a					
Hijo					
Hijo					
Hijo					
Hijo					

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Las preguntas que se encuentran a continuación se refieren al **TITULAR O ALGÚN INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR**.
En caso de contestar alguna de las preguntas abajo mencionadas de manera afirmativa, se deberá presentar historia clínica o resultados de los

	SI	NO	Integrantes Apellido y Nombre	Mencione Patologías Sufridas	Fechas
01 - Obesidad (Índice Masa Corporal (IMC) 34 o más) / bajo peso (18 o menos de IMC) / trastornos de la alimentación (Anorexia o Bulimia) / antecedente de cirugía bariátrica.					
02 - ¿Se encuentra cursando un embarazo? Detallar FUM (Fecha de Última menstruación) de los integrantes femeninos.					
03 - ¿Se encuentra cursando embarazo de alto riesgo? (alteraciones cromosómicas; malformaciones congénitas, otras)					
04 - Si es menor de 1 año: padece o a padecido prematuridad? cursa o a tenido internación en neonatología (NEO)?					
05 - ¿Se encuentra anticoagulado/a?					
06 - ¿Tiene Diabetes tratada SIN INSULINA?					
07 - ¿Tiene Diabetes tratada CON INSULINA?					
08 - ¿Tiene o tuvo cualquier enfermedad cardíaca adquirida o congénita, cirugía cardíaca, vascular, procedimientos endovasculares centrales o periférico, enfermedad coronaria o cualquier arritmia cardíaca?					
09 - ¿Tiene o tuvo artrosis de cadera, artrosis de rodilla, escoliosis de columna moderada a severa, hernias discales de columna?					
10 - ¿Tiene prótesis previas de rodilla, cadera, cardíaca o neurológicas? (excepto clavos endomediales o prótesis mamarias)					
11 - ¿Tiene o tuvo queratocono, glaucoma, retinopatía, maculopatías, altas miopías, astigmatismo, hipermetropías (mayor o igual a 6 dioptrías)?					
12 - ¿Tiene o tuvo cáncer, lesiones pre neoplásicas (pre cancerosas) o tumores de cualquier órgano o tejido?					
13 - ¿Tiene enfermedades genéticas, congénitas, hereditarias?					
14 - ¿Tiene o tuvo falta, limitación o discapacidad de alguna facultad física (motora o visceral) o mental (neurológica) que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de sus actividades?					
15 - ¿Tiene o tuvo enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema pulmonar, bronquitis crónica, apneas del sueño, fibrosis quística, fibrosis pulmonar de cualquier etiología, asma?					
16 - ¿Tiene o tuvo alguna uropatía, insuficiencia renal aguda o crónica, glomerulopatías o requirió diálisis?					
17 - ¿Consumo sustancias ilegales o posee condición de drogadicción / alcoholismo?					
18 - ¿Tiene o tuvo enfermedades neurológicas, neurovasculares, (epilepsia, ACV: accidente cerebrovascular, aneurisma cerebral); enfermedades psiquiátricas (depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar u otras)?					
19 - ¿Tiene o tuvo enfermedades de transmisión sexual o infectocontagiosas (Virus Inmunodeficiencia Humana (HIV), sífilis, hepatitis B o C, chagas), otras?					
20 - ¿Tiene o tuvo trastornos del crecimiento (Síndrome de Turner, déficit de hormona del crecimiento u otros)?					

Firma del Titular

Aclaración del Titular

	SI	NO	Integrantes Apellido y Nombre	Mencione Patologías Sufridas	Fechas
21 - ¿Tiene o tuvo enfermedades reumáticas (esclerodermia, artritis reumatoidea, lupus u otras)? ¿Tiene o tuvo enfermedades autoinmunes (incluye psoriasis, colitis ulcerosas y enfermedad de Crohn)?					
22 - ¿Tiene o tuvo enfermedades sanguíneas u oncohematológicas (hemofilia, púrpuras, anemias, poliglobulias, mielodisplasias, linfomas, leucemias u otras)?					
23 - ¿Se encuentra en tratamiento con tres (3) o más fármacos?					
24 - ¿Consume o ha consumido medicamentos de alto costo; provistos por droguerías o farmacias? Mencione nombre del medicamento.					
25 - ¿Tuvo trasplantes de cualquier órgano o tejido?					
26 - ¿Tuvo un politraumatismo (con secuelas permanentes en órganos o sistemas) o una gran quemadura (+ del 20% de la superficie corporal o el 10% si son lesiones profundas, afección de cara y cuello)?					
27 - ¿Tiene o tuvo cirrosis hepatopatías o insuficiencia hepática de cualquier etiología y estadio?					
28 - ¿Tiene o tuvo Esclerosis Múltiple?					
29 - ¿Tiene o tuvo lesiones ligamentarias, meniscales de rodilla, hombro u otra articulación?					
30 - Tiene o tuvo Síndrome de Fabry(o síndrome de Rüter-Pompen-Wyers o angioqueratoma corporal difuso) , Enfermedad de Gaucher?					
31 - ¿Ha tenido una internación prolongada en el último año o se encuentra internado actualmente? Motivo/causa.					
32 - ¿Tiene o tuvo prognatismo? ¿Dificultad para morder, masticar o tragar? ¿Problemas en la fonación? ¿Realizó tratamiento ortopédico dento-facial-maxilar?					
33 - ¿Estuvo o está bajo estudio por sospecha de alguna enfermedad infectocontagiosa en los últimos 30 días como por ejemplo Dengue o Coronavirus?					

BENEFICIARIOS SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

TITULAR	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	N° Documento
CÓNYUGE	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	N° Documento

BENEFICIARIOS SUBSIDIO VIDA PLUS

TITULAR	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	N° Documento
CÓNYUGE	Apellido y Nombres	Fecha Nac.	Tipo Doc.	N° Documento

Domicilio electrónico denunciado: _____ Tel. _____

Email: _____

Manifiesto conocer plenamente, por haber sido entregado y encontrarse (siendo de acceso público) en la página web www.sancorsalud.com.ar: el Estatuto, Contrato de Adhesión, las Reglamentaciones del Servicio de Salud, Subsidios (SUPRA), Subsidio Único por Fallecimiento (S.U.F), Subsidio Vida Plus y Resoluciones de los Servicios a los que solicito mi incorporación, Planes de Cobertura del Servicio de Atención a la Salud en vigencia de la Asociación Mutual SanCor Salud, y derechos que emergen de los mismos, a cuyo contenido presto total conformidad. A la vez, dejo constancia en carácter de Declaración Jurada, lo siguiente:

- 1) - Mi grupo Familiar Primario está constituido según lo declarado.
- 2) - Declaro bajo juramento no padecer enfermedad alguna tanto en lo personal como en relación a mi grupo familiar, a excepción de lo enumerado en precedentemente, todo según consta en la Declaración de Estado de Salud, la que he confeccionado de mi puño y letra.
- 3) - Los datos consignados en la presente son auténticos.
- 4) - Me obligo a comunicar cualquier cambio de situación a lo declarado en la presente.
- 5) - Manifiesto haber tomado conocimiento de:
 - a)- Penalidades por ocultar o desvirtuar información del estado de salud, Patologías Preexistentes. b)- Conocimiento de aportes adicionales/ diferenciales por padecer (habiendo declarado) las Patologías Preexistentes establecidas en el listado de Asociación Mutual SanCor Salud. c)- Obligatoriedad de ingreso de la totalidad del grupo familiar (conformación de grupo familiar). Valor adicional por ingreso de nuevo integrante. d)- Valor del Plan acorde al domicilio de residencia declarado, y existencia de copagos que serán debitados en la liquidación mensual de aportes, en caso de Plan con copagos. e)- Formas de pago acordes a las necesidades a través de CBU. Internet, cajero automático, débito automático y tarjetas de crédito. f)- Fecha de vencimiento para el pago de aportes y las consecuencias derivadas de la falta de cancelación en término. g)- Acceso al servicio de Salud a través de credencial que me habilita como Asociado y las normas generales de su alcance. h)- Esquema de Autorizaciones Previas para acceso a determinadas prestaciones. i)- Detalle de Reconocimientos de Prestaciones de Asociación Mutual SanCor Salud conforme al Plan elegido. j)- Red de Prestadores acorde al plan de Salud elegido.
- 6) - Dejo expresa constancia que, de conformidad con el artículo 4° de la Ley de Defensa del Consumidor – Ley N° 24.240 -, acepto recibir información afiliatoria y/o de cualquier otro índole relacionada con el servicio contratado en el correo electrónico denunciado

Lugar y Fecha_____
Firma del Titular_____
Aclaración del Titular