

Enfermedades Adquiridas

Antecedentes Médicos	Tuvo (si / no)	Tiene (si / no)
Diabetes (Es insulino dependiente?)		
Hipertensión		
Alergia		
HIV SIDA		
Alteración de Lípidos		
Adicción a Drogas / Medicamentos		
Abuso alcohol		
Tabaquismo		
Tumores		
Intervenciones Quirúrgicas		
Embarazo Actual		
Gestosis		
Abortos Espontáneos		
Cesáreas		
Glaucoma		
Otras		

• Medicamentos de uso Habitual (por favor completar en letra imprenta)

Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de declaración jurada de antecedentes de salud. UPCN se reserva el derecho de aceptación del trámite solicitado o su rechazo sin expresión de causa. La falsedad u omisión en los datos consignados se considerará motivo de aplicación de las sanciones previstas en el Reglamento Interno, y exime a la entidad de responsabilidad por la cobertura emanada por los gastos generados como consecuencia de las enfermedades no declarados.

Lugar y Fecha

Firma del médico

Aclaración del médico

Lugar y Fecha

Firma del Afiliado

Aclaración del Afiliado

• Reservado para la Repartición

Auditoría Médica

Firma Responsable Establecimiento

Aclaración

La presente será válida exclusivamente si es completada en su totalidad por el titular de la misma de su puño y letra y certificada por el responsable de la Institución.