

filiado Nro: Apellido:	Nombres	
Marcar con una cruz lo que corresponda		Fecha de Nacimie
Doc. Identidad		Día Mes Año
□ L.C □ L.E. □ C.I. □ D.N.I □ Pasaporte N°		
ntecedentes Médicos (por favor marcar con una cruz si la respuesta es afirma	was.	
NTECEMENTES INECITOS (por favor marcar con una cruz si la respuesta es afirma	liva)	
*En caso de contestar que tuvo o tiene alguno de	los siguientes anteced	entes debe ADJUNTA
LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE.		
Enfermedades y/o Malformaciones Congénitas		
Antecedentes Médicos	Tuvo (si / no)	Tiene (si / no)
Cardíacas		
Respiratorias		
Digestivas		
Neurológicas		
Discapacidades Motoras		
Otras		
Ottas		
Antecedentes Médicos	T (cl. / )	Tiene (si / no)
	Tuvo (si / no)	
Cardíacas	Tuvo (si / no)	
Cardíacas  Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)	Tuvo (st / no)	
	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)	Tuvo (si / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique  Enfermedad Celiaca	Tuvo (si / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique  Enfermedad Celiaca	Tuvo (st / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique  Enfermedad Celiaca	Tuvo (si / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique  Enfermedad Celiaca	Tuvo (si / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique  Enfermedad Celiaca	Tuvo (si / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique  Enfermedad Celiaca	Tuvo (si / no)	
Respiratorias (Asma - Broncoespasmos)  Digestivas (Gastritis - Diarrea Cronica - Hepatitis)  Sangre y órganos linfáticos (Paciente Anticoagulado - Anemia)  Órganos de los Sentidos (Visión)  Órganos de los Sentidos (Audición)  Aparato Urinario (Insuficiencia renal)  Psiquiátricas (Ataques de Pánico - Depresión - Brotes Psicóticos)  Alimentación (Alguna restriccion sobre alimentos) Especifique  Enfermedad Celiaca	Tuvo (si / no)	



## **Enfermedades Adquiridas**

Antecedentes Médicos	Tuvo (si / no)	Tiene (si / no)
Diabetes (Es insulino dependiente?)		
Hipertensión		
Alergia		
HIV SIDA		
Alteración de Lípidos		
Adicción a Drogas / Medicament	os	
Abuso alcohol		
Tabaquismo		
Tumores		
Intervenciones Quirúrgicas		
Embarazo Actual		
Gestosis		
Abortos Espontáneos		
Cesáreas		
Glaucoma		
Otras		
licamentos de uso Habitual (p	or favor completar en letra imprenta)	
eda expresamente indicado que ecedentes de salud. UPCN nazo sin expresión de causa. L tivo de aplicación de las sancio ponsabilidad por la cobertura	e los datos consignados tienen ca se reserva el derecho de acepta a falsedad u omisión en los dato ones previstas en el Reglamento emanada por los gastos generad	ación del trámite solicitado o s os consignados se considerar Interno, y exime a la entidad d
eda expresamente indicado que ecedentes de salud. UPCN nazo sin expresión de causa. L ivo de aplicación de las sancio ponsabilidad por la cobertura	e los datos consignados tienen ca se reserva el derecho de acepta a falsedad u omisión en los dato ones previstas en el Reglamento	ación del trámite solicitado o s os consignados se considerar Interno, y exime a la entidad d
eda expresamente indicado que ecedentes de salud. UPCN nazo sin expresión de causa. L ivo de aplicación de las sancio consabilidad por la cobertura ermedades no declarados.	e los datos consignados tienen ca se reserva el derecho de acepta a falsedad u omisión en los dato ones previstas en el Reglamento emanada por los gastos generad	ación del trámite solicitado o s os consignados se considerar Interno, y exime a la entidad d dos como consecuencia de la
eda expresamente indicado que ecedentes de salud. UPCN nazo sin expresión de causa. L tivo de aplicación de las sancio ponsabilidad por la cobertura ermedades no declarados.	e los datos consignados tienen ca se reserva el derecho de acepta a falsedad u omisión en los dato ones previstas en el Reglamento emanada por los gastos generado Firma del médico	ación del trámite solicitado o s os consignados se considerar Interno, y exime a la entidad d dos como consecuencia de la Aclaración del médico
eda expresamente indicado que ecedentes de salud. UPCN nazo sin expresión de causa. L tivo de aplicación de las sancio consabilidad por la cobertura ermedades no declarados. Lugar y Fecha	e los datos consignados tienen ca se reserva el derecho de acepta a falsedad u omisión en los dato ones previstas en el Reglamento emanada por los gastos generado Firma del médico	ación del trámite solicitado o s os consignados se considerar Interno, y exime a la entidad d dos como consecuencia de la Aclaración del médico

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.