Declaración N°: 00000000

☐ A completar por Swiss Medical Group



DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la asociación

Apellido y Nombre						Fecha de solicitud				
Promotor				Plan			Fecha de ingreso		N° de asociado	
Integrante	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Sexo										
Edad										
Peso										
Altura										
żFue socio? żRecuerda el n°?										
Carencias Preexistentes										

Cuestionario: Responder con referencia al titular e integrantes del grupo familiar a asociar.

Aclaraciones: Detalle secuelas existentes o complicaciones por enfermedad, accidentes o cirugías. Anteponga número de barra para identificación. Complete con letra de imprenta sin omitir ninguna respuesta. (Vea que cada punto comprende diferentes afecciones).

	Cuestionario	Si/No	Quien/es	Breve detalle	Fechas
	01 - ¿Antecedentes neurológicos y psiquiátricos; convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, depresión? ¿Accidentes cerebrovasculares? ¿Discapacidades neurológicas o psiquiátricas?				
	02 - ¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc.? ¿Usa anteojos?				
	03 - ¿Afecciones de nariz, garganta u oído? ¿Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, ronquidos, apneas, etc.?				
: 1332	04 - ¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad marcada? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes?				
w.sssalud.gob.ar - RNEMP N°	05 - ¿Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, EPOC, infecciones, expectoraciones con sangre, etc.? ¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia por broncoespasmo / falta de aire?				
UD (72583) - wwv	06 - ¿Nódulos, quistes, tumores de mama? ¿Prótesis mamarias?¿Se ha efectuado punción diagnóstica? ¿Última mamografía realizada?				
ONTROL - 0800-222-SAL	07 - ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc.? ¿Le han realizado estudios cardíacos? ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojaron?				
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ORGANO DE CONTROL - 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud gob.ar - RNEMP Nº: 1332	08 - ¿Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, vesícula, cólicos, hepatitis (cuál), etc.? ¿Ha sido sometido/a a alguna cirugía digestiva? ¿Ha tenido resultados de laboratorio anormales? ¿Antecedentes familiares de tumores del aparato digestivo? ¿Ha tenido pólipos intestinales?				
SUPERINTENDENCIA DE S	09 - ¿Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de los ganglios? ¿Ha recibido quimioterapia y/o radioterapia?				

Cuestionario	Si/No	Quien/es	Breve detalle	Fechas
10 - ¿Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, cálculos renales? ¿Infecciones genitales, quistes, tumores? ¿Le han extraído pólipos vesicales? ¿Si es varón mayor de 50 años, ha tenido valores anormales del antígeno prostático específico?				
11 - ¿Afecciones ginecológicas y obstétricas: ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso, infertilidad, endometriosis, hemorragias, etc.? Fecha de último control ginecológico y última menstruación.				
12 - ¿Afecciones musculares y/o de los huesos; columna, cadera, rodilla, manos, etc.? ¿Ha sido sometido/a a cirugías de columna? ¿Ha sido sometido/a a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prótesis? ¿Escoliosis? ¿Está en tratamiento kinésico?				
13 - ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de la piel, psoriasis, melanoma, etc.? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, infecto contagiosas, H.I.V., etc.?				
14 - ¿Recibe o ha recibido o participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? ¿Padece o padeció trastornos alimentarios? Detalle medicamentos que recibe actualmente.				
15 - ¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Lo ha estado en el último año? ¿Ha estado internado? ¿Ingiere alguna medicación? Detalle droga y dosis. ¿Le realizaron estudios de resonancia, tomografías y/o biopsias? Adjuntar informes.				
El suscripto declara bajo juramento que la informació falsedad, omisión o inexactitud en la misma, delibera Group a exigir la restitución del costo de las prestació corresponder. Swiss Medical Group no cubrirá las en asociados a traves de obras sociales). ¿Realiza actividad física?	da o no, ir ones otorgo fermedades	nvalidará la cond adas en infracció s preexistentes al	ición de asociado, sin perjuicio del n y de las acciones civiles y sancion ingreso según me fuera debidamen	derecho de Swiss Medical nes penales que pudieran nte explicado. (Excepto
żEs ud. y/o algún integrante de su grupo fumador? _		Aclare quién	y número de cigarrillos diarios	
		Firma	y aclaración del titular	 N° de documento
Dirección y teléfono para ser contactado por auditori	a medica:			
Horarios:				
Resolución junta medica Swiss Medical Group Fecha:				
1			Sello v firma	a de auditoría medica