

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD PARA ADULTOS

IMPORTANTE: Recuerde que la declaración falsa o la omisión respecto de su estado de salud y antecedentes médicos, son causales de suspensión y/o cancelación de la cobertura médica.



| | | | |
|----------------------------------|--|--------------------|-------|
| Fecha: / / | Fecha de nacimiento: / / | C. I. N°: | |
| Nombre del Beneficiario: | | Edad: | Plan: |
| Nombre del Titular: | | Firma del Titular: | |

| ¿Ha padecido o padece de? | | Marque con una "X" según corresponda | | Descripción: tiempo, tipo, tratamiento actual |
|---------------------------|---|--------------------------------------|----|---|
| | | Sí | No | |
| 1 | Ansiedad, depresión, o cualquier trastorno mental que haya requerido tratamiento o psicoterapia. | | | |
| 2 | Accidentes cerebrovasculares, convulsiones, tratamiento de cráneo u otro trastorno neurológico. | | | |
| 3 | Enfermedades de oído, boca, nariz, garganta, ojos. | | | |
| 4 | Enfermedades de la tiroides u otra glándula de secreción interna. | | | |
| 5 | Bronquitis crónica, asma, enfisema u otras enfermedades respiratorias. | | | |
| 6 | Angina de pecho, ataque cardíaco, infarto del miocardio, fiebre reumática, soplo cardíaco o cualquier condición cardiovascular. | | | |
| 7 | ¿Porta Marcapaso o se ha realizado cateterismo cardíaco, angioplastia o bypass caronario? | | | |
| 8 | Arteriosclerosis, aneurismas, várices o alteraciones de los valores de Colesterol y Triglicéridos. | | | |
| 9 | Diabetes. | | | |
| 10 | Hipertensión arterial. | | | |
| 11 | Enfermedades del estómago, intestino, ano (fisuras o hemorroides) | | | |
| 12 | Enfermedades del hígado, páncreas y de la vesícula biliar. | | | |
| 13 | Enfermedades de la sangre (anemia, leucemia, linfoma, etc.). | | | |
| 14 | Quiste, cáncer o tumores. <i>Especificar localización y naturaleza.</i> | | | |
| 15 | Enfermedades del útero, ovarios, trompas, mamás / próstata. | | | |
| 16 | ¿Está usted Embarazada? <i>(en caso de ser mujer)</i> | | | |
| 17 | Indique por favor fecha de la última menstruación. <i>(en caso de ser mujer)</i> | | | |
| 18 | Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones. | | | |
| 19 | ¿Ha sido usted internado por algún cuadro no quirúrgico? | | | |
| 20 | ¿Ha sido usted sometido a cirugía? | | | |
| 21 | ¿Ha recibido usted quimioterapia o radioterapia? | | | |
| 22 | Medicación que utiliza actualmente (incluidas vitaminas, antioxidantes, etc.) | | | |
| 23 | Fuma. | | | |
| 24 | Bebe. | | | |
| 25 | ¿Consume usted cualquier droga por razones no médicas? | | | |
| 26 | ¿Padece usted alguna enfermedad no mencionada previamente? | | | |

Firma del Beneficiario: _____

Aclaración: _____

C. I. N°: _____

EXAMEN FÍSICO (para personas mayores de 60 años)



| | | |
|------------------------|-----|--|
| PA | | |
| FR | | |
| Pulso | | |
| Cabeza y cuello | NL: | |
| Tórax y mamas | NL: | |
| Aparato respiratorio | NL: | |
| Aparato cardiovascular | NL: | |
| Abdomen / Genitales | NL: | |
| Miembros | NL: | |
| Sistema nervioso | NL: | |
| Piel y faneras | NL: | |

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA: _____ REG. PROF. N°: _____

ESPECIALIDAD: _____ TEL.: _____

| |
|------------------------|
| ESTUDIOS REALIZADOS |
| Laboratorio de rutina: |
| EKG / Ecocardiografía: |
| Radiografía de Torax: |
| Otros estudios: |

| PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO MÉDICO DE ASISMED SAN ROQUE / PRE EXISTENCIAS DECLARADAS Y/O DETECTADAS | | | |
|---|-----------|--------|-----------|
| Código | Patología | Código | Patología |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Estado de salud:

Bueno

Regular

Malo

Recomendación:

Aceptar

Rechazar

FIRMA AUDITOR MÉDICO