



## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

FOR-AOS-005

### 1- DENOMINACIÓN DE GRUPO - DATOS PERSONALES DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

DOMICILIO ELECTRÓNICO

SOLICITO QUE SE ME CURSEN TODAS LAS NOTIFICACIONES AL DOMICILIO ELECTRÓNICO CONSTITUÍDO, LAS CUALES TENDRÁN PLENA VALIDEZ LEGAL.

### 2- DECLARACIÓN JURADA

QUEDA EXPRESAMENTE INDICADO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

INFORMACIÓN GENERAL	TITULAR	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3
EDAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALTURA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3 - ANTECEDENTES MÉDICOS

COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CON DATOS DEL TITULAR Y DE SU GRUPO FAMILIAR.

COLOCAR SI O NO, SEGUN CORRESPONDA

ENFERMEDADES Y/O MALFORMACIONES CONGÉNITAS	TITULAR	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3
CARDÍACAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEUROLÓGICAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MUSCULARES ESQUELÉTICAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTRAS:	<input type="text"/>			

ENFERMEDADES ADQUIRIDAS	TITULAR	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3
CARDIOVASCULARES CARDÍACAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARDIOVASCULARES VASCULARES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APARATO RESPIRATORIO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APARATO DIGESTIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEUROLÓGICAS – SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEUROLÓGICAS – SISTEMA NERVIOSO PERISFÉRICO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GENITOURINARIAS – RENALES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GENITOURINARIAS – VIAS URINARIAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GENITOURINARIAS – APARATO GENITAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MÚSCULO ESQUELÉTICAS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



ENFERMEDADES ADQUIRIDAS	TITULAR	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3
SANGRE Y ÓRGANOS LINFÁTICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS – VISIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS – AUDICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSIQUIÁTRICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALERGIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALTERACIONES DE LÍPIDOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADICCIÓN A DROGAS / MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABUSO ALCOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUMORES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMBARAZO ACTUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GESTOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABORTOS EXPONTÁNEOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CESÁREAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRAS:	<input type="text"/>			

MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL	TITULAR	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ACLARACIÓN

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO.

NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACIÓN Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

/  /

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA