

DECLARACION JURADA
ANTECEDENTES MEDICOS

Apellidos:.....Nombres:.....
Fecha de nacimiento:.....Sexo:.....Estado Civil:.....
Tipo y N° Doc:.....Profesión y Ocupación:.....
Rubro en el que trabaja.....
Trabaja o trabajó con productos tóxicos?.....
Ha solicitado ingreso en otra Obra Social?.....
Ha solicitado Seguro de vida?.....
Ha cobrado Seguro por incapacidad?.....
Dispone de otra Obra Social:.....Cual?.....

(Especificar lo que corresponda de puño y letra)

- A) Malformaciones congénitas, hereditarias ó adquiridas:.....
.....
- B) Enfermedades pulmonares, asma, alergia, tabique nasal desviado, sinusitis, trastornos foniatricos ó de aprendizaje:.....
.....
- C) Jaqueca, traumatismos craneanos, accidentes cerebro - vasculares, convulsiones, epilepsias, parálisis, trastornos en la marcha, desmayos, perdida de conocimiento, mareos.....
.....
- D) Patología oral, úlceras digestivas, enfermedades intestinales, patología anal, del hígado y vías biliares, páncreas:.....
.....
- E) Enfermedades renales ó de las vías urinarias, cálculos, próstatas, testículos (genitales), Insuficiencia renal, páncreas:.....
.....
- F) Hipertensión arterial, fiebre reumática, arritmias, insuficiencias circulatorias, coronarias, infarto de miocardio, valvulopatía, varices, enfermedades de la sangre, chagas.....
.....
- G) Artritis, artrosis, gota, columna desviada, hernia de disco, lumbalgias, fracturas,.....
síndromes meniscales, luxación de cadera, enfermedades de los músculos, prótesis:.....
.....
- H) Diabetes, bocio, hipo ó hipertiroidismo, obesidad, otros trastornos glandulares:.....
.....
- I) Enfermedades de la piel: erupciones, tumores, psoriasis, sífilis:.....
.....
- J) Enfermedades nerviosas, alcoholismo, drogadicción, estado de angustia, ansiedad, depresión, dificultad para dormir, temores, realizó o realiza tratamiento:.....
.....
- K)Trastorno ó alteraciones de la visión, audición:.....
.....
- L) Hernia, eventraciones, quiste, tumores, cáncer, cirugía ó tratamientos radioterápicos ó Quimioterápicos:.....
.....
- M) Trasplante, marcapasos, prótesis:.....
.....
- N) Esterilidad:.....
.....
- O) Que medicación consume ó consumió:.....
.....
- P) Necesita tratamiento odontológico?:.....Prótesis?:.....
.....
- Q) Enfermedades infecto-contagiosa: virales, bacterianas, (hepatitis,sida, tuberculosis, etc):
.....
.....

Sello y Firma Médico

