

**DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD**

**1. Datos personales:** Matrícula N°: \_\_\_\_\_

1.1. Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

1.2. Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla o Estatura \_\_\_\_\_

1.3. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_

1.4. Estado civil: \_\_\_\_\_ Nupcias: \_\_\_\_\_ Parentesco con el titular: \_\_\_\_\_

1.5. Composición del grupo familiar: \_\_\_\_\_

1.6. Domicilio actual: \_\_\_\_\_

**2. Antecedentes hereditarios:**

Enfermedades familiares: \_\_\_\_\_

**3. Antecedentes personales:**

3.1. Afecciones padecidas (especificar cuáles):

Cardiovascular  Diabetes  Neurológica  Osteoarticulares  Psiquiátricas  Respiratorias

Cardiocirculatorias  Digestivas  Odontológica

3.2. Otras no especificadas: \_\_\_\_\_

3.3. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? **SI / NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3.4. ¿Estuvo alguna vez internado **SI / NO** Especifique clínica/s y fecha/s \_\_\_\_\_

Motivo o diagnóstico de internación: \_\_\_\_\_

**4. Estado actual:**

4.1. Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento medico u odontológico y medicación prescrita: \_\_\_\_\_

4.2. ¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? **SI / NO**

4.3. ¿La visión es normal? **SI / NO** ¿La audición es normal? **SI / NO**

4.4. Enfermedad crónica: \_\_\_\_\_

4.5. Medicamentos habituales o permanentes: \_\_\_\_\_

4.6. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica u odontológica? **SI / NO** ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

4.7. ¿Quién lo está atendiendo profesionalmente? \_\_\_\_\_

M.P.: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

4.8. Si el proponente fuere de sexo femenino debe indicar aquí si ha sufrido alguna vez de enfermedades ginecológicas, si actualmente está embarazada, y cuántos embarazos ha tenido: \_\_\_\_\_

**5. Antecedentes quirúrgicos y accidentes:**

Especificar cuáles y fecha de los mismos: \_\_\_\_\_

**6. Grado de incapacidad actual** Por accidentes y otras causas (en caso de tenerlas): \_\_\_\_\_

**7. Posee implantes de: Prótesis, Stent, Marcapasos, etc.: SI / NO. Especificar:** \_\_\_\_\_

Fecha del implante: \_\_\_\_\_

**DECLARO** bajo juramento: 1) que los datos consignados precedente son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento Interno del Departamento de Servicios Sociales, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que el H. Consejo Directivo de Administración ha establecido y establezca para los servicios asistenciales médicos; 2) no padecer enfermedad alguna, excepción hecha de las que precedentemente enumeré; 3) conocer y aceptar expresamente y sin ningún tipo de reservas los períodos vigentes de carencia para todas aquellas prestaciones originadas en enfermedades preexistentes a la fecha de mi ingreso, eventuales complicaciones o consecuencias directas y/o indirectas de las mismas, las que no serán cubiertas por el Departamento de Servicios Sociales del CPCE hasta el cumplimiento de los mismos. Cuando se demostrare falsedad, reticencia u omisiones en la declaración efectuada por la presente, el Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales adoptará las medidas que considere oportuna tendientes a corregir las faltas, pudiendo aplicarse sanciones que van desde la suspensión temporaria de los servicios asistenciales médicos, hasta su desafiliación. Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto

\_\_\_\_\_  
Firma del declarante Firma del titular del grupo

Aclaración: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

Carencia	Enfermedad	F.Proc.	Autorización
____/____/____	_____	____/____/____	
____/____/____	_____		