

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 Neurológicas Osteoarticulares Psiquiátricas
Cardiocirculatorias Respiratorias Digestivas Odontológicas
Otras no especificadas: _____
- 3.2. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? **SI / NO** ¿Cuál? _____
- 3.3. ¿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 médico 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 son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento del Fondo Solidario de FACPCE, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE ha establecido y establezca para los servicios que brinda; 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 hasta el cumplimiento de los mismos; **4) conocer que la cobertura que brinda el Fondo Solidario oficiará con carácter de subsidio, por reintegro, y en forma complementaria a la obra social o sistema de salud primaria del beneficiario**

Cuando se demostrare falsedad, reticencia u omisiones en la declaración efectuada por la presente, la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE adoptará las medidas que considere oportuna tendientes a corregir las faltas.
Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto.

FIRMA DEL DECLARANTE