

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la asociación

Apellido y Nombre							Fecha de solicitud				
Promotor				Plan			Fecha de ingreso		N° de asociado		
Integrante	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
Sexo											
Edad											
Peso											
Altura											
¿Fue socio? ¿Recuerda el n°?											
Carencias Preexistentes											

Cuestionario: Responder con referencia al **titular** e **integrantes del grupo familiar** a asociar.

Aclaraciones: Detalle secuelas existentes o complicaciones por enfermedad, accidentes o cirugías. Anteponga número de barra para identificación. Complete con letra de imprenta sin omitir ninguna respuesta. (Vea que cada punto comprende diferentes afecciones).

Cuestionario	Si/No	Quien/es	Breve detalle	Fechas
01 - ¿Antecedentes neurológicos y psiquiátricos; convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, depresión? ¿Accidentes cerebrovasculares? ¿Discapacidades neurológicas o psiquiátricas?				
02 - ¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc.? ¿Usa anteojos?				
03 - ¿Afecciones de nariz, garganta u oído? ¿Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, ronquidos, apneas, etc.?				
04 - ¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad marcada? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes?				
05 - ¿Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, EPOC, infecciones, expectoraciones con sangre, etc.? ¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia por broncoespasmo / falta de aire?				
06 - ¿Nódulos, quistes, tumores de mama? ¿Prótesis mamarias? ¿Se ha efectuado punción diagnóstica? ¿Ultima mamografía realizada?				
07 - ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc.? ¿Le han realizado estudios cardíacos? ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojaron?				
08 - ¿Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, vesícula, cólicos, hepatitis (cuál), etc.? ¿Ha sido sometido/a a alguna cirugía digestiva? ¿Ha tenido resultados de laboratorio anormales? ¿Antecedentes familiares de tumores del aparato digestivo? ¿Ha tenido pólipos intestinales?				
09 - ¿Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de los ganglios? ¿Ha recibido quimioterapia y/o radioterapia?				

Cuestionario	Si/No	Quien/es	Breve detalle	Fechas
10 - ¿Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, cálculos renales? ¿Infecciones genitales, quistes, tumores? ¿Le han extraído pólipos vesicales? ¿Si es varón mayor de 50 años, ha tenido valores anormales del antígeno prostático específico?				
11 - ¿Afecciones ginecológicas y obstétricas: ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso, infertilidad, endometriosis, hemorragias, etc.? Fecha de último control ginecológico y última menstruación.				
12 - ¿Afecciones musculares y/o de los huesos; columna, cadera, rodilla, manos, etc.? ¿Ha sido sometido/a a cirugías de columna? ¿Ha sido sometido/a a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prótesis? ¿Escoliosis? ¿Está en tratamiento kinésico?				
13 - ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de la piel, psoriasis, melanoma, etc.? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, infecto contagiosas, H.I.V., etc.?				
14 - ¿Recibe o ha recibido o participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? ¿Padece o padeció trastornos alimentarios? Detalle medicamentos que recibe actualmente.				
15 - ¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Lo ha estado en el último año? ¿Ha estado internado? ¿Ingiere alguna medicación? Detalle droga y dosis. ¿Le realizaron estudios de resonancia, tomografías y/o biopsias? Adjuntar informes.				

Observaciones: _____

El suscripto declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la condición de asociado, sin perjuicio del derecho de Swiss Medical Group a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder. Swiss Medical Group no cubrirá las enfermedades preexistentes al ingreso según me fuera debidamente explicado. (Excepto asociados a través de obras sociales).

¿Realiza actividad física? _____ ¿Cuántas horas semanales? _____

¿Es ud. y/o algún integrante de su grupo fumador? Aclare quién y número de cigarrillos diarios

_____ Firma y aclaración del titular _____ N° de documento

Dirección y teléfono para ser contactado por auditoría medica: _____

Horarios: _____

<p>Resolución junta medica Swiss Medical Group</p> <p>Fecha: _____</p> <p style="text-align: right;">_____ Sello y firma de auditoría medica</p>
