

FECHA DE PRESENTACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
DOMICILIO: CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD, CÓD. POSTAL	TELÉFONO	ENTIDAD AFILIATORIA

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Está bajo atención médica? ¿Por quién?

¿Por qué enfermedad?

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis meses?

En este momento: ¿tendrá algún motivo para consultar a algún médico? ¿Cuál?

Hábitos fisiológicos

¿Se alimenta con 4/5 comidas diarias?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Con qué se alimenta mayoritariamente?:
¿Incluye desayuno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene sueño tranquilo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Horas de sueño:
¿Tiene constipación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?:
¿Realiza algún deporte?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Hábitos tóxicos

¿Fuma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Desde cuándo?:
¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad por día:
		¿Cuáles?:
		¿Cuándo?:
		¿Cuánto?:
¿Consume drogas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles?:
¿Se automedica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Medicación:
		Frecuencia:

Antecedentes gineco-obstétricos

Edad en que menstruó por primera vez (menarca):

Fecha de la última menstruación:/...../.....

¿Tiene alteraciones menstruales? SI NO

¿Embarazos? SI NO ¿Cuántos? Parto normal:

Cesáreas: Abortos:

Tiene una patología mamaria? SI NO ¿Cuáles?:

Antecedentes familiares

¿Tiene o han tenido sus parientes (considerar madre, padre, hermanos, cónyuges e hijos) algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	SI	NO	¿QUIÉN?
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enf. inmunológica (¿Cuál?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer (¿Cuál?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad cardíaca (¿Cuál?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tensión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad renal (Urinarias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enf. Hereditarias - Genéticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

¿Tiene o ha tenido algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	SI	NO	¿CUÁL?		SI	NO	¿CUÁL?
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enf. Transm. sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Alt. Endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enf. Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Úlcera gástrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infección urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brucelosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tras. Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Várices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tras. de la marcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Discapacidad/Incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tiene colocado algún dispositivo médico (implantes, prótesis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Requiere algún medio especial para trasladarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otras _____							

¿Tiene o ha tenido algunas vez ?

	SI	NO	¿CUÁL?		SI	NO	¿CUÁL?
Mareos o desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuralgia o neuritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Dificultad p/ orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trans. oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Articulac. Hinchadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Supuración de oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Lumbalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Resfríos frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ciatalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Desviación de columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Internaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Debilidad muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

La aceptación de toda solicitud de afiliación queda supeditada a su aprobación por parte de la APROSS la cual podrá observarla o rechazarla a su exclusivo criterio. Los interesados en ingresar deberán efectuar esta DECLARACIÓN JURADA DE SALUD sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva. La falsedad u omisión de alguna enfermedad preexistente en esta Declaración Jurada eximirá a la APROSS del reconocimiento de los gastos que ocasione su tratamiento, sin perjuicio de la reparación - por parte del titular - de los gastos que hubiera ocasionado.

Declaro bajo juramento que mi intervención como profesional Médico de la salud ha sido solo a efectos de instruir y explicar los alcances de la DDJJ al futuro afiliado, para su mayor precisión en la información de su Ficha Médica.

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndome a su verificación y haciéndome responsable a toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al Régimen Legal (Art. N° 293 del CÓDIGO PENAL) y reglamentación específica de APROSS las que declaro conocer.

.....
Firma y Sello Profesional

.....
Firma y Aclaración Afiliado Titular

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello del Responsable de la Entidad Voluntaria