



Apross

DECLARACION JURADA DE SALUD

Ejemplar que se entrega al momento de la inscripción por cada integrante del grupo familiar

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?

SI NO

¿Con qué se alimenta mayoritariamente?

¿Incluye desayuno?

SI NO

¿Tiene sueño tranquilo?

SI NO

Horas de sueño:

¿Tiene constipación?

SI NO

¿Realiza algún deporte?

SI NO

¿Cuál?

Hábitos tóxicos

¿Fuma?

SI NO

¿Desde cuándo?

¿Toma bebidas alcohólicas?

SI NO

Cantidad por día:

¿Cuáles?

¿Cuándo?

¿Cuánto?

¿Cuáles?

¿Consume drogas?

SI NO

Medicación:

¿Se automedica?

SI NO

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

Cesáreas:

Parto normal:

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	¿Cuál?
Artritis	☐	☐	
Enf. Inmunológica (¿Cuál?)	☐	☐	
Cáncer (¿Cuál?)	☐	☐	
Enfermedad cardíaca (¿Cuál?)	☐	☐	
Tensión alta	☐	☐	
Enfermedad renal (Urinas)	☐	☐	
Tuberculosis	☐	☐	
Enfermedades Mentales	☐	☐	
Enf. Hereditarias - Genéticas	☐	☐	

Dr. CARLOS RICHARTE GUJAR
Vicepresidente del Directorio
A.P.R.O.-C.E.Dr. RAÚL VIGENIA
Presidente del DirectorioDr. CARLOS E. PONTA
Vicepresidente del Directorio
A.P.R.O.-C.E.MATER VILLARREAL
Vocal del Directorio
A.P.R.O.-C.E.Dr. GUSTAVO MORA
Vocal del Directorio

DECLARACION JURADA DE SALUD



ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

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

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

¿Tiene o ha tenido algunas vez?

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

La aceptación de toda solicitud de afiliación queda sujeta 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 leer y explicar los alcances de la D.O.J. al futuro afiliado, para su mayor predicción en la información de su Fichas Médicas.

Declaro bajo juramento que los datos e información presentados son totalmente exactos y veraces correspondiendo a su verificación y haciéndome responsable a toda información que pudiera dar lugar a transgresiones al Régimen Legal (Art. Nº 283 del CÓDIGO PENAL) y reglamentación específica de APROSS las que declaro conocer.

Firma y Sello Profesional

Firma y Autorización Afiliado Titular

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Responsable de la Entidad Voluntaria

0200/17

comunicaciones@apross.edu.uy

2