
APELLIDO Y NOMBRE

Fecha de nacimiento

Documento

Domicilio - calle - número - Cód. Postal

Teléfono

Entidad afiliatoria

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Está bajo atención médica?..... ¿Por quién?.....

¿Por qué enfermedad?.....

¿Qué medicamentos ha tomando en los últimos seis meses?.....

En este momento, ¿tendrá algún motivo para consultar algún médico?.....¿Cuál?.....

Hábitos fisiológicos

¿Se alimenta con 4/5 comidas diarias?

¿Con qué se alimenta mayoritariamente?.....

¿Incluye desayuno?

¿Tiene sueño tranquilo?

Horas de sueño:.....

¿Tiene constipación?

¿Realiza algún deporte?

¿Cuál?.....

Hábitos tóxicos

¿Fuma?

¿Con qué se alimenta mayoritariamente?.....

Cantidad por día:.....

¿Toma bebidas

¿Cuáles?

alcohólicas?

¿Cuándo?

¿Consume drogas?

¿Cuánto?.....

¿Se automedica?

¿Cuáles?

Medicación:.....

Frecuencia:.....

Antecedentes gineco-obtétricos

Edad en que menstruó por primera vez:.....

Fecha de la última menstruación:.....

¿Tiene alteraciones menstruales?.....

¿Embarazos?..... ¿Cuántos? Parto Normal:.....

Cesáreas:..... Abortos:.....

¿Tiene alguna patología mamaria?..... ¿Cuáles?

Antecedentes familiares

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

Artritis

Enf. inmunológica (¿Cuál?)

Enfermedad cardíaca (¿Cuál?)

Tensión alta

Enfermedad renal (Urinarias)

Tuberculosis

Enfermedades mentales

Enf. Hereditarias - Genéticas

ANTECEDENTES 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. Trans. 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/Incap. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tiene colocado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Requiere algún | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| algún disp. médico (implantes, prótesis, etc) | | | | medio especial para trasladarse | | | |
| Otras | | | | | | | |

¿Tiene o ha tenido alguna vez?

| | SI | NO | ¿CUÁL? | | SI | NO | ¿CUÁL? |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Mareos/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/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"/> | _____ | Desv. 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 observar-la 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 los 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 aclaración de afiliado titular

Lugar y fecha

Firma y sello del Responsable de la Entidad Voluntaria

