

Declaración Jurada de Antecedentes de Salud

Declaro bajo juramento respecto del estado de salud de todos los aspirantes a asociados que se mencionan en la presente solicitud, se trate de **enfermedades, síntomas, cirugías o tratamientos actuales o pretéritos**, como así también **embarazos en curso**; todo ello con fundamento en el principio de la buena fe contractual. En caso de contestar alguna de las preguntas de **manera afirmativa**, se deberá presentar **historia clínica** o resultados de los **estudios realizados**.

ANTECEDENTES	TITULAR	FAMILIAR 1	FAMILIAR 2	FAMILIAR 3	FAMILIAR 4
Cirugías · ¿Tiene un marcapasos? · ¿Tiene una prótesis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> tipo: _____ fecha: _____
Salud Mental · ¿Tiene antecedentes psiquiátricos? · ¿Está en tratamiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fármaco: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fármaco: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fármaco: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fármaco: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fármaco: _____
Internaciones · ¿Está en tratamiento? · Medicación: · Diagnóstico:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____ _____
Niños: · ¿Ha nacido prematuro? · ¿Cursa o ha tenido internación en neonatología (NEO)? · ¿Tiene algún tipo de alergia alimentaria? · ¿Se encuentra consumiendo algún tipo de leche medicamentosa? · ¿Presenta algún trastorno de la conducta o desarrollo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____
Últimos estudios/ análisis · ¿Se encuentra anticoagulado/a?	¿Cuáles? _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ fecha: _____ SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diabetes · ¿Tiene Diabetes tratada? · ¿Algún familiar la padece?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____
Enfermedades · genéticas: · congénitas: · hereditarias: · ¿Ha recibido transfusiones de sangre?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____
Embarazo · ¿Está embarazada o cree estarlo? · última menstruación:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> fecha: _____				
· ¿Tiene problemas ginecológicos y/o de fertilidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____				
· ¿Está cursando alguna enfermedad que requiera estudios o internación en los próximos meses?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: _____				
· ¿Tiene problemas de visión?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· ¿Tiene problemas de audición?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· ¿Presenta alguna de estas patologías? · Presión arterial elevada: · Enfermedad coronaria: · Enf. infectocontagiosas:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
· ¿Posee CUD?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> motivo: _____				

ANTECEDENTES	TITULAR	FAMILIAR 1	FAMILIAR 2	FAMILIAR 3	FAMILIAR 4
· ¿Tiene o tuvo alguna de estas enfermedades? · EPOC:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· Enfisema pulmonar:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· Bronquitis crónica:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· Apneas del sueño:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· Fibrosis quística:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· Fibrosis pulmonar (de cualquier etiología):	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· Asma:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
· ¿Padece algún tipo de adicción?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				
· ¿Practica actividad física?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____				

El presente listado no es taxativo, y se refiere a hechos actuales o sucedidos en la vida de los aspirantes a asociados. El mismo se redactó en la forma de requerir conocimientos científico-médicos, pero en caso de no comprenderlo, se pone a disposición un **profesional médico** para asistirlo.

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR:

	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	ALTURA	PESO
TITULAR				
FAMILIAR 1				
FAMILIAR 2				
FAMILIAR 3				
FAMILIAR 4				

Otras aclaraciones: _____

Fecha: _____

Firma asociado titular

Aclaración asociado titular

Declaro bajo juramento que la información proporcionada y registrada por mi parte en el presente formulario de **Declaración Jurada de antecedentes de salud**, es absolutamente veraz. Asimismo, manifiesto que he completado dicho formulario tras ser debidamente advertido y prevenido de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en su contenido invalidará mi condición de adherente y la de mi grupo familiar, en caso de corresponder.

Dejo expresa constancia de que, en tal situación, **PRIVAMED S.A.** tendrá el derecho de exigir la restitución del costo de las prestaciones brindadas, sin perjuicio de las acciones legales que pudiera iniciar. Declaro además que he sido **debidamente informado, lo entiendo y acepto**, que **PRIVAMED S.A.** no cubrirá afecciones preexistentes, tanto mías como de mi grupo familiar al momento de la suscripción de la presente **Declaración Jurada**, salvo aquellas expresamente declaradas y por las cuales se abone el correspondiente **plus en la cuota establecido**. Finalmente, tomo conocimiento de que **PRIVAMED S.A.** podrá requerir cualquier información complementaria que considere necesaria para evaluar esta solicitud y autorizar el ingreso, incluyendo **certificados médicos y/o estudios adicionales**, tanto míos como de las personas que se propongan incorporar.

Resolución Gerencia Médica de **PRIVAMED S.A.**:

ACEPTADO

NO ACEPTADO

Firma

Sello

Formulario de minoridad:

En la Ciudad de _____, a los ____ días del mes de _____ de 202__, comparece el Sr. _____, DNI N° _____ domiciliado/a en _____, de la Ciudad de _____, ante la entidad de Medicina Prepaga _____ representada en este acto por _____ DNI en su carácter de _____, quienes en pleno ejercicio de sus facultades manifiestan y prestan su conformidad a:

Que el Sr. _____ toma conocimiento de las características, términos, condiciones y beneficios del plan que la EMP _____ pone a su disposición con motivo de su solicitud de afiliación para su hijo/a menor de edad _____, DNI _____.

Que la EMP _____ le ha informado en debida forma el valor del plan de cobertura solicitada.

El Sr. _____ deja manifestado en este acto que será el único responsable del pago de la cuota del plan suscripto.

El Sr. _____ deja manifestado que la suscripción al plan es en **EXCLUSIVO BENEFICIO** de su hijo/a, quien, será el/la único/a afiliado/a a la EMP _____ como adherente.

Que el presente, se encuentra en un todo de acuerdo con lo dispuesto por la Ley 26.682 y decreto reglamentario.

En este acto se hace entrega de la documentación de trámite afiliatorio para ser completada y suscripta por el Sr. _____ de acuerdo la normativa vigente.

Firma responsable

Aclaración responsable

Importante: La persona que se hace responsable debe ser necesariamente mayor de edad. El promotor que realice la incorporación, deberá comprobar fehacientemente los datos brindados por el Asociado y por el Responsable. **Adjuntar fotocopia de documentos de identidad de ambos.**