

**DECLARACION JURADA DE SALUD
PERTENECE A LA PERSONA DE REFERENCIA**

REFERENCIA:

Apellido y Nombres de quien se Solicita la Afiliación:.....

Pertenece a ficha de Afiliación N°:

Vínculo Familiar con el Titular:

La presente DDJJ de salud debe ser completada en su totalidad, sin dejar espacios en blanco.- cuando se indica SI o NO, deberá consignar con una "X" el casillero que corresponda.-

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso:..... Talla:..... IMC:.....

HABITOS

Fuma:....., cuantos por día:

Toma bebidas alcohólicas:, cuales:

Práctica deportes:, cuales:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

	SI	NO		SI	NO
Ca de Mama			Hipo o Hipertiroidismo		
Otros canceres					
HTA					
Diabetes					

OPERACIONES PREVIAS

Motivo	Año	Motivo	Año

INTERNACIONES PREVIAS

Motivo	Año	Motivo	Año

OPERACIONES PREVIAS

Motivo	Año	Motivo	Año

ANTECEDENTES MEDICOS: Tiene o ha tenido alguna vez.

	SI	NO		SI	NO
Convulsiones			Hemorroides		
Neuritis o Neuralgias			Várices		
Asma			Úlcera Gástrica duodenal		

Urticarias			Enfermedades Coronaria		
Alergias			Pérdida de Peso Reciente		
Enfermedades Crónicas			Diabetes		
Trastornos de la Visión			Enfermedades de Sangre		
Trastornos Auditivos			Cáncer u otro Tumor		
Fiebre Reumática			Dificultas para Orinar		
Presión Alta			Lumbalgia o Lumbociatalgia		
Hernia					

Otras enfermedades: consigne cualquier otra enfermedad no incluida en las mencionadas precedentemente:.....

Declaro/amos bajo juramento que los datos consignados en la presente, referidos a la persona de referencia, son exactos y veraces.-

Dejo/amos constancia de que he/mos sido debidamente informado /s de que no serán cubiertas las enfermedades o patologías de carácter preexistentes al ingreso, conocidas o no, sus secuelas, complicaciones o interurrencias que afecten a quien se afilia.-

Asimismo he/mos sido notificados que cualquier falsedad, inexactitud i omisión de datos que contengan esta Declaración, la Ficha de Afiliación y/o la solicitud de Afiliación, dará derecho al S.M.A.U.Na.M. a resolver la afiliación sin más trámite.

Por otra parte, tomo /amos conocimiento que el S.M.A.U.Na.M. podrá rechazar la Solicitud de Afiliación dentro de los 30(treinta) días hábiles.

Posadas, de.....de 20.....

Apellido y Nombre del titular:

Firma del Familiar a Cargo:Firma del Titular:

Reservado para el S.M.A.U.Na.M.

Dictamen del Médico Auditor:

.....
.....
.....

Fecha:

.....
FIRMA DEL MEDICO AUDITOR

Revisión Odontológica(Relevamiento de Ficha Catastral):

.....
.....

Fecha:

.....
FIRMA DEL ODONTOLOGO AUDITOR

Intervención Asistente Social:

.....
.....

Fecha:

.....
FIRMA DEL ASISTENTE SOCIAL

Otras Intervenciones:

.....
.....