

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DE SALUD DEL ADJUDICATARIO

El adjudicatario deberá registrar las contestaciones de su puño y letra. Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el adjudicatario, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Instituto hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo hará nulo el contrato.

Solicitante:

Fecha de Nacimiento: **Tipo y N° de documento:**.....

Grado, Situación de Revista, y Fuerza:

Profesión u ocupación principal (Pensionistas)

Detallar tareas específicas que realiza en su puesto de trabajo

Domicilio particular.....

.....**C.P.****Tel.**.....

POR FAVOR CONTESTE A SU MEJOR SABER Y ENTENDER

1. a) Nombre, teléfono y dirección de su médico, obra social, medicina prepaga u hospital.....

b. Fecha y motivo de la consulta más reciente.....

(Si fue dentro de los últimos 10 años)

c. ¿Qué tratamiento o medicación se percibió?.....

2. Ha sido tratado o tiene conocimiento de haber padecido de: Marque con una cruz lo que corresponda, <u>subraye los datos pertinentes</u>	SI/NO
a) ¿Enfermedad o defecto de los ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) ¿Mareos, desmayos, convulsiones, cefaleas, torpeza al hablar, parálisis o ataque cerebral, enfermedades de tipo mental o nerviosas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) ¿Dificultad al respirar, ronquera o tos persistente, hemóptisis, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis, o enfermedad respiratoria crónica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) ¿Dolor en el pecho, afección coronaria, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, arritmias, soplo cardíaco, ataque cardíaco, infartos, angina de pecho u otra enfermedad del sistema cardiovascular?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, hepatitis A, B, ó C, colitis, diverticulitis, indigestión frecuente, o cualquier a otra enfermedad del estómago, intestinos, hígado o vesícula?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

f) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea piedra u otra enfermedad de los riñones, vejiga, próstata o aparato reproductor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Diabetes, enfermedades de las tiroides u otras glándulas endocrinas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, lupus eritematoso o cualquier otra enfermedad o defecto muscular u óseo, incluyendo la columna, espalda y articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumores, cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Uso excesivo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿En la actualidad fuma Usted o durante los últimos 12 meses ha fumado cigarrillos, cigarros pipa o ha usado tabaco en cualquier forma? (En caso afirmativo de detalles de cuántos al día)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha usado alguna vez drogas, estupefacientes, a menos que fuera bajo consejo médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Está usted actualmente sometido a observación, tratamiento o ingiere medicación por alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.a) ¿En los últimos 12 meses ha efectuado consulta con algún médico o tiene previsto hacerla?. (En caso afirmativo indique con sus propias palabras, los síntomas o molestias por los cuales realizó o piensa realizar consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Actualmente o en los últimos 12 meses, se le ha indicado la realización de estudios médicos de diagnóstico o prescripto algún tratamiento médico?. (En caso afirmativo indique con sus propias palabras, qué estudios médicos del diagnóstico se le han indicado y/o que tipo de tratamiento médico se le ha prescripto (Análisis, radiografías, tomografías, etc, medicación, cirugía, etc. Incluir nombre, teléfono y dirección del o los médicos que lo asistieron)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Se le ha aconsejado algún análisis, hospitalización u operación que no hubiera realizado?. (En caso de respuesta afirmativa indicar motivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido aplazamiento, rechazo o reducción del servicio militar o de otro seguro de vida por deficiencia física o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.¿Hay en su familia antecedentes de tuberculosis, diabetes, cáncer, hipertensión enfermedad sanguínea o renal, enfermedad mental o suicidio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Edad si viven	Estado de salud/Causa de muerte	Edad al morir
Padre			
Madre			
Hermanos/as N° Vivos..... N° Muertos.....			
10.a) Estatura..... (mts.)..... (cm.) b) Peso..... (kgs.)			
c) ¿Conoce usted los valores de su tensión arterial?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Consignar cifras de presión arterial			ALTA BAJA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido algún cambio de peso en los últimos 12 meses?. (En caso de respuesta afirmativa indicar cantidad y motivo)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Si el solicitante del préstamo es mujer a) ¿Ha tenido alguna vez trastornos de la menstruación o enfermedades de pechos, aparato genital o alteraciones en el embarazo?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- En caso de respuesta afirmativa en alguna pregunta, indique el número de ésta. Incluya el diagnóstico, fecha, duración, grado de recuperación y nombre/dirección de médicos a quienes se pueda pedir información. Si ha superado alguna afección, escriba: “Me considero curado sin recidivas ni secuelas.
- En caso de que el Asegurador solicitara mayor información, autorizo, dentro de los límites legales, tanto al médico como a mi persona para dar a conocer datos entera y libremente.

.....
Firma y Aclaración del Solicitante

.....
Lugar y Fecha

