

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

(Cumplimiento Art. 41 inc. c - Ley 6716 - t.o.1995)

Datos del afiliado:

Apellido y nombre completo:	
Tipo y número de documento: <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> DNI N°:	Lugar y fecha de nacimiento

ANTECEDENTES MÉDICOS	NO	SI	
A) ¿Ha consultado con su médico en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motivo: _____
B) ¿Se ha realizado estudios médicos en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? Motivo: _____
C) ¿Realizó durante los últimos 12 meses algún tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
D) Antecedentes de salud de padre/madre o familiar directo:			

Indique si padece o padeció en algún momento: (Marque con una "X")	NO	SI	Aclaraciones:Cuál, cuándo, y demás infomarmación relevante
1) Agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros. Antecedentes oftalmológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Lesión del tabique, atrofias, dificultad respiratoria, sinusitis; ronquera, disfonías, nódulos; otitis, sordera u otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Trastornos del aparato respiratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Infarto, dolores de pecho, hipertensión o cualquier enfermedad del corazón o vasos sanguíneos, trastornos circulatorios, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Antecedentes familiares? Indique cuál.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Enfermedad del hígado, páncreas, esófago, estómago o duodeno, intestino; hemorroides, úlceras, hernias, divertículos, pólipos y megacolon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Antecedentes familiares? Indique cuál.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) Enfermedad de riñones, vejiga o de los órganos génito-uritarios. Antecedentes nefrológicos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7) Anemia, agrandamiento ganglionar, trastornos de la médula ósea, hemofilia, trastornos de la coagulación u otra enfermedad de la sangre (sean estas benignas o no).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Antecedentes familiares? Indique cuál.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8) Enfermedades de la piel, eczema, psoriasis, cáncer de piel u otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9) Enfermedad, dolor o trastorno de los sistema musculo-esquelético, articulaciones, colum-na (hernia de disco), artrosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10) Enfermedades autoinmunes: gota, reumatitis, fiebre reumática, artritis reumatoidea, lupus, psoriasis, enfermedad de Krhon, celiaquía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11) Algún espasmo, desmayo, parálisis, dolores de cabeza, enfermedad neurológica, epilepsia, vértigo, neuritis o temblor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12) Diabetes, bocio, enfermedades del crecimiento, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y tiroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Antecedentes familiares? Indique cuál.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13) Afección del útero, ovarios, senos u órganos genitales o problemas en la esfera sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha última menstruación. ¿Se ha realizado algún estudio en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si esta embarazada: Indique fecha prevista para el parto y si el embarazo a transcurrido con normalidad hasta la fecha.			

14) Si es varón, indique si tuvo algún trastorno/enfermedad (oncológica o no) en sus órganos reproductivos, próstata o problemas en la esfera sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15) Alteraciones metabólicas del ácido úrico, colesterol, lípidos, etc. ¿Historia familiar de colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16) Indique peso y talla ¿Ha tenido aumento o disminución considerable de peso en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMC (completa AM):
¿Se encuentra realizando algún tratamiento?			
17) Algún tipo de ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, u otro padecimiento mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento recibido			
18) Indique si consume sustancias no indicadas por profesionales sanitarios, incluir tabaco y alcohol. Cantidad y tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19) ¿Está recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento por parte de un médico o institución médica no mencionados anteriormente, incluyendo dieta especial, corticoides, anticoagulante, homeopático, insulina, etc.? Especifique dosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20) Covid, toxoplasmosis, chagas, hepatitis, HIV, sífilis u otras enfermedades de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21) ¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de consulta, tratamiento, examen o investigación médica no mencionados anteriormente; o padece de alguna enfermedad o incapacidad no expresada anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si responde SI, por favor indique la razón del mismo y su resultado.			
22) ¿Ha padecido o padece actualmente cualquier forma o tipo de cáncer, tumor o quiste? Indique fecha de diagnóstico y de la última evaluación de su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Recibió tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Indique cuál y la fecha de la misma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24) ¿Va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente? Indique motivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25) ¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de tratamiento odontológico (por ejemplo: ortodoncia, periodoncia, prótesis, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26) ¿Alguna otra información importante relacionada con su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27) ¿Alguna condición que sin configurar una patología requiera tratamiento, sea electivo o no?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médico de cabecera: _____

Institución a la que pertenece / Teléfono: _____

Manifiesto que la información suministrada es exacta, teniendo carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Lugar y fecha: _____

Firma

ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

Su remisión a la Caja de Previsión Social para Abogados de la Provincia de Buenos Aires debe ser dentro de un sobre cerrado.