

DECLARACIÓN JURADA / HISTORIA CLÍNICA AFILIACIÓN VOLUNTARIA

APELLIDO Y NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ LUGAR: _____ NACIONALIDAD: _____ DNI _____
 ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TEL: _____

A. ANTECEDENTES FAMILIARES / Consignar datos positivos

PADRE: _____ ESPOSO/A: _____
 MADRE: _____ HIJOS: _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES / Marcar con una X	NO	SI		NO	SI	
		S/Tto	C/Tto		S/Tto	C/Tto
1. ENF. CARDIOVASCULARES-SIST. VASCULAR PERIFÉRICO				8. PSIQUIATRÍA		
Hipertensión arterial				Síndromes depresivos		
Cardiopatía isquémica				Demencias		
Chagas				Psicosis		
Arritmias crónicas				Adicción		
Arteriopatía obstructiva periférica y/o aneurismas				Bulimia - anorexia		
Valvulopatía congénita o adquirida				Autismo		
Miocardiopatía				Otros		
Marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador				9. INFECCIOSAS		
Otros				HPV		
2. SISTEMA RESPIRATORIO				HIV desconoce <input type="radio"/>		
Asma - EPOC				Hepatitis ¿cuál?		
TBC				Enfermedades infecciosas no resueltas		
Enfermedad fibroquística				Otros		
Hipertensión pulmonar				10. OTORRINOLARINGOLÓGICAS		
Fibrosis pulmonar				Hipoacusias		
Otros				Otitis crónica		
3. SISTEMA DIGESTIVO				Síndrome vertiginoso		
Úlcera gastroduodenal				Poliposis rinosinusal		
Síndrome de malabsorción				Disfonías orgánicas		
Cirrosis hepática				Otros		
Pancreatitis crónica				11. ONCOLÓGICOS		
Enfermedad inflamatoria intestinal				Tumor benigno ¿Cuál?.....		
Hepatitis crónica				Tumor maligno ¿Cuál?.....		
Enfermedad biliar				12. OFTALMOLÓGICOS		
Otros				Glaucoma		
4. ENDÓCRINO-METABÓLICO				Queratocono		
DIABETES TIPO I <input type="radio"/> II <input type="radio"/>				Retinitis pigmentaria		
Trastornos tiroideos				Miopía / astigmatismo		
Otros				Otros		
5. SISTEMA NEFROURINARIO				13. OSTEOARTICULAR		
Enfermedades renales				Malformaciones congénitas o adquiridas		
Enfermedades obstructivas del árbol urinario				Deformaciones congénitas o adquiridas		
Insuficiencia renal crónica				Osteopatías / miopatías		
Varicocele				Otros		
Otros				14. HEMATOLÓGICOS		
6. SNC-PERIFÉRICO				Leucemia / linfomas		
Epilepsia - convulsiones				Anemias hemolíticas		
Otros				Trastornos de la coagulación		
7. OTROS				Otros		
Enf. cromosómicas o genéticas				15. GINECOLÓGICOS		
Enf. con inmunodeficiencia o autoinmunes				Poliquistosis ovárica		
Transplantes				Endometriosis		
				Otros		
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					AÑO	
1.						
2.						
INTERNACIONES						
1.						
2.						
MEDICAMENTO/S				HÁBITOS		
¿CUÁL/ES?		¿Dosis?		Tabaco SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Cantidad / día:	
1.				Alcohol SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Cantidad / día:	
2.				Droga SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Especificar:	
3.						

C. EXAMEN CLÍNICO DESCRIPTIVO /

F.R.	X	TA	/	mmHg	Pulso Rad.:	p/min	REG <input type="radio"/>	IRR <input type="radio"/>	Peso:	kg	Estatura	mts	IMC/CC
1. PIEL:													
2. CABEZA Y CUELLO:													
3. MAMAS:													
4. APARATO RESPIRATORIO:													
5. APARATO CARDIOVASCULAR:													
6. APARATO GASTROINTESTINAL:													
7. APARATO GENITOURINARIO:													
8. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:													
9. SISTEMA NERVIOSO:													
10. SISTEMA ENDÓCRINO:													
11. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA:													
12. EXAMEN GINECOLÓGICO: Antecedentes obstétricos /					G	P	A	C					
FUM ___ / ___ / ___					CICLO: (Duración / frecuencia. Ej: 4/28) ___ / ___					REG. <input type="radio"/> IRREG. <input type="radio"/>			

D. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS /

Radiografía de torax: (F y P) Consignar datos positivos	
Radiografía de columna lumbosacra: (F y P) Consignar datos positivos	

ANÁLISIS DE LABORATORIO / Detallar valores

GB:	Hepatograma : TGO:	TGP:	FAL:	VDRL:
Hb:	COL. Total:			Otros:
Hto:	HDL:			
VDRL Cualitativa:	TG:			
Glucemia:	LDL:			
AC. Anti HBV:	PCR Cuantitativa:			
AC. Anti HCV:	Creatininemia:			

ELECTROCARDIOGRAMA / Consignar datos positivos	

PAP Clase /	CALENDARIO DE VACUNACIÓN /	ECOGRAFÍA MAMARIA / Consignar datos positivos	ECOGRAFÍA ABDOMINO - GINECOLÓGICA / Consignar datos positivos
	Completo <input type="radio"/>		
	Incompleto <input type="radio"/>		

OBSERVACIONES /	

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA /	

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CORRECTOS, MANIFESTANDO EXPRESAMENTE NO HABER FALSEADO NI OMITIDO DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

Conste que por la presente quedo notificado/a que la falsedad de los datos expresados en la presente Declaración Jurada producirá la revocación del otorgamiento de la afiliación del/la suscripto/o y del grupo familiar conforme a la ley 6982 texto ordenado 1987 y su decreto reglamentario.

_____ Lugar y fecha _____ Firma del postulante _____ Firma y sello del/la médico/a

(MARCAR CON UNA X)

Habiendo analizado la presente documentación, esta auditoría entiende que el/la postulante **PRESENTA** / **NO PRESENTA** patología susceptible de encuadrarse como enfermedad preexistente según Resolución vigente, por lo que sugiere **ACCEDER** / **NO ACCEDER** a la afiliación solicitada.

_____ Lugar y fecha de la auditoría _____ Firma del/la médico/a auditor IOMA