

ANEXO I DECLARACION JURADA MENORES

El presente formulario deberá ser completado por cada integrante del grupo familiar.-

FECHA DE PRESENTACION

/ /

APELLIDO Y NOMBRE:
FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... **TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**
..... **EDAD:**.....
DOMICILIO:.....
NUMERO.....BARRIO..... LOCALIDAD..... CÓD.
POSTAL..... TELÉFONO..... ENTIDAD AFILIATORIA.....
NACIONALIDAD:.....

RESPRESENTANTE LEGAL

APELLIDO Y NOMBRE:..... **TIPO y Nº**
DOCUMENTO:..... **SEXO:**..... **FECHA DE**
ALTA:..... **EDAD:**.....
DOMICILIO: CALLE.....Nº..... CODIGO
POSTAL.....
TELEFONO:.....CELULAR.....PARENTESCO:.....
EMAIL:.....

OBSERVACIONES:

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

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Está bajo atención médica?.....¿Por
quién?.....

¿Por qué enfermedad?

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis
meses?.....

En este momento: ¿tendrá algún motivo para consultar a algún médico?.....
¿Cuál?.....
.....

Hábitos fisiológicos

¿Se alimenta con 4/5 | SI | NO | ¿Con qué se alimenta mayoritariamente?.....
Comidas diarias?
¿Incluye desayuno? | SI | NO |

Peso:

Talla:

¿Tiene sueño tranquilo? | SI | NO | Horas de sueño:

¿Tiene constipación? | SI | NO |

¿Realiza algún deporte? ⊥ SI | NO | ¿Cuál?.....

Hábitos tóxicos

¿Fuma? ⊥ SI | NO | Desde cuándo:.....

Cantidad por día:.....

¿Toma bebidas alcohólicas? | SI | NO | ¿Cuáles?:

¿Cuándo?:

¿Cuánto?:

¿Consume drogas? | SI | NO |

¿Cuáles?:.....

¿Se auto médica? | SI | NO | Medicación:.....

Frecuencia:.....

Antecedentes gineco-obstétricos

Edad en que menstruo por primera vez (menarca):

Fecha de la última menstruación: /...../.....

¿Tiene alteraciones menstruales? | SI | NO |

¿Embarazos? | SI | NO | ¿Cuántos?Parto normal:

Cesáreas:Abortos:

Tiene una patología mamaria? | SI | NO | ¿Cuáles?:

Antecedentes familiares

¿Tiene o han tenido sus parientes (considerar madre, padre, hermanos, cónyuges e hijos) algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

SI NO ¿QUIEN?

- Artritis -----
- Enf. Inmunológica (¿Cuál?) -----
- Cáncer (¿Cuál?) -----
- Enfermedad cardíaca (¿Cuál?) -----
- Tensión alta -----
- Enfermedad renal (Urinarias) -----
- Tuberculosis -----
- Enfermedades Mentales -----
- Enf. Hereditarias – Genéticas -----

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

¿Tiene o ha tenido algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

SI NO ¿CUAL?

- Diabetes ---- ---- -----
- Hipertensión ---- ---- -----
- Enfermedad cardíaca ---- ---- -----
- Alergia Asma ---- ---- -----
- Tuberculosis ---- ---- -----
- Cálculos renales ---- ---- -----
- Infección urinaria ---- ---- -----
- Chagas ---- ---- -----

- Brucelosis -----
- Toxoplasmosis -----
- Tras. Psiquiátricos -----
- Tras.de la marcha -----
- Enf.Transm.sexual -----
- Alt. Endocrinas -----
- Artritis -----
- Enf. Piel -----
- Epilepsia -----
- Tuberculosis -----
- Úlcera gástrica -----
- Gastritis -----
- Hemorroides -----
- Hernias -----
- Sinusitis -----
- Cáncer o Tumores -----
- Várices -----
- Discapacidad/incapacidad -----
- Otras _____

¿Requiere algún medio especial para trasladarse?.....

Tiene colocado algún dispositivo médico(implantes, prótesis, etc.).....

¿Tiene o ha tenido alguna vez?

SI NO ¿CUAL?

- Mareos o desmayos -----
- Falta de aire -----

Convulsiones -----
Palpitaciones -----
Dolores de Cabeza -----
Acidez -----
Neuralgia o neuritis -----
Dificultad para orinar -----
Depresión -----
Sangre en orina -----
Tras. Oculares -----
Articulac. Hinchadas -----
Supuración de oídos -----
Lumbalgia -----
Resfríos Frecuentes -----
Ciatalgia -----
Tos Crónica -----
Desv. De Columna -----
Sudores nocturnos -----
Fracturas -----
Pérdida de peso -----
Traumatismos -----
Dolores en el pecho -----
Cirugías -----
Temblores -----
Internaciones -----
Debilidad muscular -----

La aceptación de toda solicitud de afiliación queda supeditada a su aprobación por parte del Instituto Provincial de Salud de Salta el cual podrá observarla o rechazarla a su exclusivo criterio. Los interesados en ingresar deberán efectuar esta DECLARACION JURADA DE SALUD sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva. La falsedad u omisión de alguna enfermedad preexistente en esta Declaración jurada eximirá al INSTITUTO del reconocimiento de los gastos que ocasione su tratamiento, sin perjuicio de la reparación - por parte del titular - de los gastos que hubiera ocasionado.

Declaro bajo juramento que mi intervención como profesional Médico de la salud ha sido solo a efectos de instruir y explicar los alcances de la DDJJ al futuro afiliado, para su mayor precisión en la información de su Ficha Médica.

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndome a su verificación y hadándome responsable a toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al Régimen Legal (ArtN0 293 del CÓDIGO PENAL) y reglamentación específica del IPSS las que declaro conocer.

.....
Firma y Sello Profesional

.....
Firma y Aclaración Afiliado Titular

.....
Firma y Aclaración del Representante Legal

.....
Lugar y Fecha