

AGREGADO I

DECLARACIÓN JURADA DE INGRESO

(Menor o con capacidad restringida)

FECHA DE PRESENTACIÓN
/ /

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... NACIONALIDAD:

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: EDAD:

DOMICILIO: NUMERO:

BARRIO: LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO: E-MAIL:

REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... NACIONALIDAD:

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: EDAD:

DOMICILIO: NUMERO:

BARRIO: LOCALIDAD: CÓDIGO POSTAL:

PARENTESCO: TELÉFONO: E-MAIL:

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 comidas diarias?: | SI | NO |

¿Con qué se alimenta mayoritariamente?:

Talla:

Peso:

¿Incluye desayuno?: | SI | NO |

¿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 automédica?: | SI | NO |

Medicación:

Frecuencia:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Edad en que menstruó 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 |

¿Cuál?:

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	¿QUIÉN?
Artritis			
Enfermedad inmunológica ¿Cuál?:			
Cáncer ¿Cuál?:			
Enfermedad cardíaca ¿Cuál?:			
Tensión alta			
Enfermedad renal (Urinarias)			

Tuberculosis			
Enfermedades Mentales			
Enfermedades Hereditarias – Genéticas			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

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

	SI	NO	¿CUÁL?
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedad cardíaca			
Alergia - Asma			
Cálculos renales			
Infección urinaria			
Chagas			
Brucelosis			
Toxoplasmosis			
Trastornos psiquiátricos			
Trastornos de la marcha			
Enfermedades de transmisión sexual			
Artritis			
Enfermedades de la piel			
Epilepsia			
Tuberculosis			

Úlcera gástrica			
Gastritis			
Hemorroides			
Hernias			
Sinusitis			
Cáncer o tumores			
Várices			
Discapacidad/incapacidad			

Otras patologías o antecedentes de salud que deba manifestar:

¿Requiere algún medio especial para trasladarse?:

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

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ?

	SI	NO	¿CUÁL?
Mareos o desmayos			
Falta de aire			
Convulsiones			
Palpitaciones			
Dolores de cabeza			
Acidez			

Neuralgia o neuritis			
Dificultad para orinar			
Depresión			
Sangre en orina			
Trastornos oculares			
Articulaciones hinchadas			
Supuración de oídos			
Lumbalgia			
Resfríos frecuentes			
Ciatalgia			
Tos crónica			
Desviación 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 DD.JJ. 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 haciéndome responsable a toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al Régimen Legal (Art Nº 293 del CÓDIGO PENAL) y reglamentación específica del IPSS las que declaro conocer.

Firma y Sello Profesional

Firma y Aclaración del Afiliado

Firma y Aclaración del Representante

Lugar y Fecha