

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

ENFERMEDADES Y/O ALTERACIONES FÍSICAS O PSÍQUICAS AL INGRESO.

Deberá declarar SI o NO en cada caso, en nombre propio y en representación de los integrantes del grupo familiar.

Si fuera SI, detallar año, estado actual y últimos estudios realizados.

Las respuestas deben ser llenadas de puño y letra, especificando en cada una a que integrante del grupo familiar corresponde la consideración.

Cód.	Apellido y Nombre	Cód.	Apellido y Nombre
00		04	
01		05	
02		06	
03		07	

	00	01	02	03	04	05	06
• Peso							
• Altura							
1- ¿Ha sido tratado o atendido por alguna de estas enfermedades?							
• Alergia; Intolerancia a medicamentos							
• Asma y Enfermedades respiratorias; Eproc.							
• Enfermedades de la piel y Ganglios linfáticos							
• Enfermedades mamarias, Prótesis mamaria.....							
• Enfermedades del Útero, Ovarios, Trompas y Genitales externos.....							
• Incontinencia de orina							
• Esterilidad							
• Pérdida de embarazos, Abortos.....							
• Enfermedades de Transmisión sexual, HPV.....							
• Enfermedades del Hígado, Vesícula y Páncreas. Divertículos							
• Gastritis; Ulcera gastro-duodenal; Enfermedades Intestinales, Enf. Celiaca							
• Perdida de peso							
• Bulimia; Anorexia; Intolerancia alimentaria de cualquier tipo.....							
• Obesidad							
• Cálculos renales, Cólico renal, Infección urinaria repetida							
• Enfermedades de la Vejiga, Próstata y Testículos							
• Hernias; Cirugías de cualquier tipo.....							
• Tumores, Quistes, Nódulos.....							
• Fracturas; Deformidades; Amputaciones; Rotura ligamentaria							
• Columna vertebral; Hernia de disco, Artrosis.							
• Prótesis de cualquier tipo							
• Enfermedades de la Sangre (Anemia; Hemofilia; otras)							
• Anticoagulación.....							
• Sida; HIV; Enf. Infecciosas; Hepatitis B o C.....							
• Adicción a drogas y/o Alcoholismo. Tabaquismo exagerado.....							
• Enfermedades Psiquiátricas; Tto. Psicológico							
• Intento de suicidio, Depresión. Bipolaridad (TOC).....							
• Enfermedades Neurológicas, Convulsiones, Enf. de Parkinson.....							
• Arteriosclerosis, Enf. de Alzheimer, Deterioro cognitivo.....							
• Enfermedades neurodegenerativas (ELA, otras)							
• Artritis; Psoriasis, Lupus, Esclerodermia.....							
• Enfermedades de la Garganta; Nariz y Oídos							
• Enfermedades Oftalmológicas; Uso de anteojos.....							
• Enfermedades Cardíacas, Arritmia.....							
• Hipertensión arterial							
• Accidente cerebro vascular							
• Várices; Hemorroides							
• Diabetes; Enfermedades Tiroideas							
• Colesterol, Triglicéridos, Ac. Úrico, elevados							
• Enfermedades Oncológicas							
• Pérdida de calcio; Osteoporosis							
• Enfermedades genéticas (Sind. de Down, etc.)							
• Discapacidades de cualquier índole. CUD (Certificado de discapacidad).....							
• Retraso intelectual o madurativo.							
• Enfermedades Odontológicas.							
• Consumo permanente de medicación.							
• Actividades deportivas extremas y/o de riesgo, incluso laborales.....							
• Secuelas de cualquier enfermedad padecida.							
• Trasplantes.							

	00	01	02	03	04	05	06
1.1- Detalle de las respuestas afirmativas							
Fecha	Tratamiento	Medicación	Médico				
.....				
.....				
2. ¿Ha estado alguna vez internado, para observación, tratamiento u operación?							
Fecha	Motivo	Médico	Instituto				
.....				
.....				
3. ¿Está embarazada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha de parto:						
Fecha última menstruación:							
int: - / /							
int: - / /							
int: - / /							
4. ¿Toma actualmente medicación?							
Droga	Dosis diaria	Diagnósticos					
.....					
.....					
.....					
5. ¿Cuál es la actividad laboral del principal sostén de la familia?							
.....
6. ¿Hay alguna otra dolencia que posea y que no haya declarado en la presente?							
¿Cuál?							
.....
.....
.....
.....

Declaro bajo juramento que todos los datos y respuestas consignados en la presente declaración jurada, son exactos, de mi puño y letra, y han sido cumplimentadas con pleno conocimiento de mi estado de salud y el de mi grupo familiar, actual e histórico, aceptando que el contenido de la presente declaración jurada será la base de la cobertura médica que se me brinde, en donde OSMECON SALUD cubrirá de acuerdo con las modalidades y alcances del plan escogido. Así mismo tomo conocimiento que ante cualquier falsedad u omisión incurrida en la presente declaración jurada, facultara a OSMECON SALUD a proceder a mi baja y exclusión del sistema conjuntamente con los integrantes del grupo familiar y a extinguir la vinculación con causa, ello de acuerdo con las normativas legales vigentes en la materia.

Cumplido los 65 años, deberá abonar un módulo adicional correspondiente a su nueva categoría, de acuerdo a los valores en vigencia, según autoridad de aplicación.

El beneficiario titular que adeudase tres cuotas consecutivas, quedará de baja juntamente con su grupo familiar, en los términos de la ley de medicina prepaga previa constitución en mora con intimación a regularizar la deuda en el término de 10 días.

La pérdida de la calidad de beneficiario, no libera al mismo de la obligación de pago de las tres cuotas adeudadas, recargos, actualizaciones y costos judiciales o extrajudiciales que correspondan, aunque no haya utilizado servicios. El pago posterior a la baja, por si sólo, no rehabilita al beneficiario en su condición de tal.

Recibo en este acto Cartilla de Prestadores de OSMECON Salud a la fecha y Reglamento del Sistema.

Fecha