

Declaración N°:

A completar por Swiss Medical Group

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la asociación

Fecha de solicitud

Promotor				Plan			Fecha de ingreso		N° de asociado	
Integrante	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Sexo										
Edad										
Carencias Preexistentes										

Cuestionario: Responder con referencia al **titular e integrantes del grupo familiar** a asociar.

Aclaraciones: Detalle secuelas existentes o complicaciones por enfermedad, accidentes o cirugías. Anteponga número de barra para identificación. Complete con letra de imprenta sin omitir ninguna respuesta. (Vea que cada punto comprende diferentes afecciones).

Cuestionario	Si/No	Quien/es	Breve detalle	Fechas
01 - ¿Antecedentes neurológicos y psiquiátricos; convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, depresión? ¿Accidentes cerebrovasculares? ¿Discapacidades neurológicas o psiquiátricas?				
02 - ¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc.? ¿Usa anteojos?				
03 - ¿Afecciones de nariz, garganta u oído? ¿Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, ronquidos, apneas, etc.?				
04 - ¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad marcada? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes? ¿Peso, altura?				
05 - ¿Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, infecciones, expectoraciones con sangre, etc.? ¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia por broncoespasmo / falta de aire?				
06 - ¿Nódulos, quistes, tumores de mama? ¿Se ha efectuado punción diagnóstica?				
07 - ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc.? ¿Le han realizado estudios cardíacos? ¿Cuáles? ¿Que resultados arrojaron?				
08 - ¿Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, vesícula, cólicos, hepatitis (cuál), etc.? ¿Ha sido sometido/a a alguna cirugía digestiva? ¿Ha tenido resultados de laboratorio anormales? ¿Antecedentes familiares de tumores del aparato digestivo? ¿Ha tenido pólipos intestinales?				
09 - ¿Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de los ganglios? ¿Ha recibido quimioterapia y/o radioterapia?				
10 - ¿Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, cálculos renales? ¿Infecciones genitales, quistes, tumores? ¿Le han extraído pólipos vesicales? ¿Si es varón mayor de 50 años, ha tenido valores anormales del antígeno prostático específico?				

Cuestionario	Si/No	Quien/es	Breve detalle	Fechas
11 - ¿Afecciones ginecológicas y obstétricas: ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso, tratamientos por esterilidad, endometriosis, hemorragias, etc.? ¿Cuál ha sido la fecha del último control ginecológico? ¿Y de la mamografía?				
12 - ¿Afecciones musculares y/o de los huesos; columna, cadera, rodilla, manos, etc.? ¿Ha sido sometido/a a cirugías de columna? ¿Ha sido sometido/a a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prtesis?				
13 - ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de la piel, psoriasis, etc.? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, infecto contagiosas, H.I.V., etc.?				
14 - ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? ¿Ha recibido o participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? ¿Trastornos de la alimentación? Enumerar las medicaciones y dosis que recibe actualmente.				
15 - ¿Fue usted o algún otro integrante de su grupo familiar socio con anterioridad? ¿Recuerda el número de socio?				
16 - ¿Le han realizado estudios de resonancia magnética, tomografía o biopsias? ¿Cuáles fueron los motivos? Adjuntar informes.				

Observaciones: _____

Peso: _____

Talla: _____

Fuma: Si No Cuantos por día: _____ Desde: _____

El suscripto declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la condición de asociado, sin perjuicio del derecho de Swiss Medical Group a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder. Swiss Medical Group no cubrirá las enfermedades preexistentes al ingreso según me fuera debidamente explicado. (Excepto asociados a través de obras sociales).

¿Realiza actividad física? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Ha tenido alguna internación? _____ ¿Cuál fue el motivo? _____

Firma y aclaración del titular o cónyuge

N° de documento

Dirección y teléfono para ser contactado por auditoria medica: _____

Horarios: _____

Resolución junta medica Swiss Medical Group Fecha: _____ <div style="text-align: right;"> _____ Sello y firma de auditoría medica </div>
Acepto / no acepto resolución junta médica Fecha: _____ <div style="text-align: right;"> _____ Firma y aclaración del titular o cónyuge </div>