

Nombre y Apellido: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Ocupación: _____

Domicilio: _____

Antecedentes personales: _____

Patologías congénitas: _____

Patologías perinatales: _____ Infecciosas y no infecciosas _____

Patologías de la infancia: _____

Diabetes: _____ Hipertensión arterial: _____ Chagas: _____ Tuberculosis: _____

EPOC: _____ Infección por HIV: _____ Sífilis: _____ Obesidad: _____

Otras: _____

Enfermedades específicas: colocar SI o NO y aclarar en*

Cardiovasculares

Hematológicas

Pulmonares

Renales

Gastrointestinales

Neurológicas

Endócrinas

Metabólicas

Autoinmunes

Dermatológicas

Oftalmológicas

Otorrinolaringológicas

Infecciosas

Genitourinarias

Osteoarticulares

Miopáticas

Oncológicas

Psiquiátricas

* **Enfermedad:** _____

Tratamiento actual: _____

Tiempo de evolución: _____

Secuelas: _____

* **Enfermedad:** _____

Tratamiento actual: _____

Tiempo de evolución: _____

Secuelas: _____

Antecedentes:

- Quirúrgicos: _____

- Internaciones previas: _____

- Ginecológicos: _____

- Hábitos** Tabaco Alcohol Drogas Fármacos

** Especificar: _____

- De exposición laboral: _____

- De transfusiones: _____

- Familiares: _____

EXAMEN FISICO: Consignar datos positivos

Piel: _____

Sistema hematopoyético: _____

Cabeza y cuello: _____

Mamas: _____

Aparato respiratorio: _____

Aparato cardiovascular: _____

Aparato gastrointestinal: _____

Aparato genitourinario: _____

Sistema musculoesquelético: _____

Sistema nervioso: _____

Sistema endócrino: _____

Evaluación psiquiátrica: _____

OBSERVACIONES: _____

CONCLUSION DIAGNOSTICA: _____

Firma del Médico

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

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

Firma del postulante

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

Firma del Médico Auditor I.O.M.A.