

Declaración N°: 0000000__

A completar por Servin Life S.A

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la asociación

Apellido y nombre:		Fecha de solicitud	
Promotor:	Plan:	Fecha de ingreso	N° de asociado

Integrante	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Sexo										
Edad										
Peso										
Altura										
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. (Veo 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?				
05 - ¿Alteraciones pleuropulmonales, asma, bronquitis crónica, EPOC, infecciones, expectoraciones con sangre, etc.? ¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia por bronco espasmo / falta de aire?				
06 - ¿Nódulos, quistes, tumores de mama? ¿Prótesis mamarias? ¿Se ha efectuado punción diagnóstica? ¿Última mamografía realizada?				
07 - ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, varices, cansancio, etc.? ¿Le han realizado estudios cardíacos? ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojaron?				
08 - ¿Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, vesícula, cólicos, hepatitis (cual), 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?				

Cuestionario	SI/NO	QUIEN/ES	BREVE DETALLE	FECHAS
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?				
11 - ¿Afecciones ginecológicas y obstétricas, ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso, infertilidad, endometriosis, hemorragias, etc.? Fecha de último control ginecológico y última menstruación.				
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 artroscopias de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prótesis? ¿Escoliosis? ¿Está en tratamiento kinésico?				
13 - ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de la piel, psoriasis, melanoma, etc.? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, infectocontagiosas, H.I.V, etc.?				
14 - ¿Recibe o ha recibido o participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? ¿Padece o padeció trastornos alimentarios? Detalle medicamentos que recibe actualmente.				
15 - ¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Lo ha estado en el último año? ¿Ha estado internado/a? ¿Ingiere alguna medicación? Detalle droga y dosis. ¿Le realizaron estudios de resonancia, tomografías y/o biopsias? Adjuntar informes.				

Observaciones: _____

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

¿Realiza actividad física? _____ ¿Cuántas horas semanales? _____

¿Es Ud. y/o algún integrante de su grupo fumador? _____ Aclare quién y número de cigarrillos diarios _____

Firma y aclaración del titular

N° de documento

Dirección y teléfono para ser contactado por auditoria medica: _____

Horarios: _____

Resolución junta médica Servin Life S.A

Fecha:

Sello y firma auditoría médica.