

SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD

Apellido: Nombres:

Domicilio: Localidad:

Fecha de nacimiento: Estado Civil: Doc. N° Tipo:

Repartos Semestrales: Participó del último Reparto Participó del anteúltimo Reparto

Primer mes de aporte \$ Fecha:/...../.....

Deuda Previsional vencida a la fecha \$

FAMILIARES A CARGO				
Nº	APELLIDO Y NOMBRES	DNI	FECHA NAC.	VINCULO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

*ACOMPAAÑO FOTOCOPIA DE DNI DE CADA UNO DE LOS SOLICITANTES.

*ACOMPAAÑO DDJJ DE ENFERMEDADES O PATOLOGÍAS PREEXISTENTES DE CADA UNO DE LOS SOLICITANTES.

DEJO CONSTANCIA DE CONOCER EL REGLAMENTO QUE RIGE EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD Y ME OBLIGO A SU FIEL CUMPLIMIENTO.

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

Recepción

Fecha:/...../.....

Firma del Empleado:

Aprobación

Nº Acta: Fecha de Acta:/...../..... Nº de Afiliación:

DECLARACIÓN DE JURADA DE ENFERMEDADES O PATALOGÍAS PREEXISTENTES

Sede: Fecha:/...../.....

Con carácter de SECRETO MÉDICO. Para uso exclusivo del auditor Médico Auditor de Caja Forense.

1 – Datos personales del SOLICITANTE (TITULAR/ADHERENTE)

Apellido: Nombres:

Doc. N° Tipo.....

Nombre del Afiliado titular:Vínculo con titular.....

2 - Estado de salud del SOLICITANTE (TITULAR/ADHERENTE)

- a) ¿Tiene antecedentes de enfermedades hereditarias? Marque lo que corresponda SI NO
Detalle.....
- b) ¿Qué enfermedades padece actualmente?
Enfermedad..... Fecha:/...../.....
Enfermedad..... Fecha:/...../.....
- c) ¿Concurrió al médico el último año? Marque lo que corresponda SI NO
Motivo..... Fecha:/...../.....
- d) ¿Se realizó estudios tales como radiografía, ecografía, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear? Marque lo que corresponda SI NO
Si la respuesta es SI, indique cuáles.
Estudio..... Fecha:/...../.....
Estudio..... Fecha:/...../.....
- e) ¿Estuvo internado o tiene indicación de internación para los próximos meses?
Marque lo que corresponda SI NO
Motivo.....Médico..... Fecha:/...../.....
- f) ¿Está actualmente bajo tratamiento Psiquiátrico o Psicológico?
Marque lo que corresponda SI NO
Motivo..... Desde:/...../.....
- g) Especifique las afecciones odontológicas que padeció en los últimos 6 meses y el tratamiento.
Afección.....Tratamiento..... Fecha:/...../.....
Afección.....Tratamiento..... Fecha:/...../.....
- h) ¿Usa anteojos o lentes de contacto? Marque lo que corresponda SI NO
Detalle..... Desde:/...../.....
- i) ¿Tiene alguna incapacidad actualmente? Marque lo que corresponda SI NO
Detalle si existe o no incapacidad para el trabajo habitual y si la misma es parcial o total y causas
Incapacidad.....Causa..... Fecha:/...../.....
- j) ¿Se encuentra en tratamiento de diálisis? Marque lo que corresponda SI NO
Detalle..... Desde:/...../.....
- k) Médicos que habitualmente lo atienden o lo atendieron
Nombre y apellido..... Tel.....

- Nombre y apellido..... Tel.....
- l) Odontólogo que habitualmente lo atiende o lo atendieron
 Nombre y apellido..... Tel.....
 Nombre y apellido..... Tel.....
- m) Medicamentos que recibe actualmente y/o tratamiento que realiza.
 Medicamento.....Dosis..... Desde:/...../.....
 Medicamento.....Dosis..... Desde:/...../.....
- n) ¿Está actualmente embarazada? Marque lo que corresponda SI NO
 Médico.....Fecha prob. de parto:/...../.....

Declaro bajo juramento no padecer enfermedad alguna, a excepción de las que precedentemente enumeré y aún de las no conocidas por mí.

Constituyo domicilio legal en N° Ciudad de

TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA PRESENTE REVISTEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

.....
 FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Recepción

.....
 FIRMA DEL EMPLEADO

.....
 FIRMA DEL MÉDICO AUDITOR

Observaciones

.....

