

**DECLARACIÓN JURADA / HISTORIA CLÍNICA AFILIACIÓN VOLUNTARIA**

APELLIDO Y NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUGAR: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

**A. ANTECEDENTES FAMILIARES / Consignar datos positivos**

PADRE: \_\_\_\_\_ ESPOSO/A: \_\_\_\_\_  
 MADRE: \_\_\_\_\_ HIJOS: \_\_\_\_\_

B. ANTECEDENTES PERSONALES / Marcar con una X	NO	SI			NO	SI	
		S /Tto	C /Tto			S /Tto	C /Tto
<b>1. ENF. CARDIOVASCULARES-SIST. VASCULAR PERIFÉRICO</b>				<b>8. PSIQUIATRÍA</b>			
Hipertensión arterial				Síndromes depresivos			
Cardiopatía isquémica				Demencias			
Chagas				Psicosis			
Arritmias crónicas				Adicción			
Arteriopatía obstructiva periférica y/o aneurismas				Bulimia - anorexia			
Valvulopatía congénita o adquirida				Autismo			
Miocardopatía				Otros			
Marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador				<b>9. INFECCIOSAS</b>			
Otros				HPV			
<b>2. SISTEMA RESPIRATORIO</b>				HIV desconoce <input type="radio"/>			
Asma - EPOC				Hepatitis ¿cuál?			
TBC				Enfermedades infecciosas no resueltas			
Enfermedad fibroquística				Otros			
Hipertensión pulmonar				<b>10. OTORRINOLARINGOLÓGICAS</b>			
Fibrosis pulmonar				Hipoacusias			
Otros				Otitis crónica			
<b>3. SISTEMA DIGESTIVO</b>				Síndrome vertiginoso			
Úlcera gastroduodenal				Poliposis rinosinusal			
Síndrome de malabsorción				Disfonías orgánicas			
Cirrosis hepática				Otros			
Pancreatitis crónica				<b>11. ONCOLÓGICAS</b>			
Enfermedad inflamatoria intestinal				Tumor benigno ¿Cuál?.....			
Hepatitis crónica				Tumor maligno ¿Cuál?.....			
Enfermedad biliar				<b>12. OFTALMOLÓGICAS</b>			
Otros				Glaucoma			
<b>4. ENDÓCRINO-METABÓLICO</b>				Queratocono			
DIABETES TIPO I <input type="radio"/> II <input type="radio"/>				Retinitis pigmentaria			
Trastornos tiroideos				Miopía / astigmatismo			
Otros				Otros			
<b>5. SISTEMA NEFROURINARIO</b>				<b>13. OSTEOARTICULAR</b>			
Enfermedades renales				Malformaciones congénitas o adquiridas			
Enfermedades obstructivas del árbol urinario				Deformaciones congénitas o adquiridas			
Insuficiencia renal crónica				Osteopatías / miopatías			
Varicocele				Otros			
Otros				<b>14. HEMATOLÓGICAS</b>			
<b>6. SNC-PERIFÉRICO</b>				Leucemia / linfomas			
Epilepsia - convulsiones				Anemias hemolíticas			
Otros				Trastornos de la coagulación			
<b>7. OTROS</b>				Otros			
Enf. cromosómicas o genéticas				<b>15. GINECOLÓGICAS</b>			
Enf. con inmunodeficiencia o autoinmunes				Poliquistosis ovárica			
Transplantes				Endometriosis			
				Otros			
<b>INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS</b>					<b>AÑO</b>		
1.							
2.							
<b>INTERNACIONES</b>							
1.							
2.							
<b>MEDICAMENTO/S ¿CUÁL/ES?</b>				<b>¿Dosis?</b>		<b>HÁBITOS</b>	
1.						Tabaco SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cantidad / día:	
2.						Alcohol SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cantidad / día:	
3.						Droga SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:	

**C. EXAMEN CLÍNICO DESCRIPTIVO /**

F.R.	X	TA	/	mmHg	Pulso Rad.:	p/min	REG <input type="radio"/>	IRR <input type="radio"/>	Peso:	kg	Estatura	mts	IMC	
1. PIEL:														
2. CABEZA Y CUELLO:														
3. MAMAS:														
4. APARATO RESPIRATORIO:														
5. APARATO CARDIOVASCULAR:														
6. APARATO GASTROINTESTINAL:														
7. APARATO GENITOURINARIO:														
8. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:														
9. SISTEMA NERVIOSO:														
10. SISTEMA ENDÓCRINO:														
11. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA:														
12. EXAMEN GINECOLÓGICO: Antecedentes obstétricos /					G	P	A	C						
					FUM ___ / ___ / ___			CICLO: (Duración / frecuencia. Ej: 4/28) ___ / ___			REG. <input type="radio"/>		IRREG. <input type="radio"/>	

**D. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS /**

Radiografía de torax: (F y P) Consignar datos positivos				
Radiografía de columna lumbosacra: (F y P) Consignar datos positivos				
<b>ANÁLISIS DE LABORATORIO /</b> Detallar valores				
GB:	Hepatograma : TGO:	TGP:	FAL:	Chagas:
Hb:	COL. Total:			VDRL:
Hto:	HDL:			Coagulograma:
ERS:	TG:			TSH:
Glucemia:	LDL:			PSA:
Uremia:	Sedimento urinario:			Otros:
Ácido úrico:	Creatininemia:			
ELECTROCARDIOGRAMA / Consignar datos positivos				
PAP Clase /				
CALENDARIO DE VACUNACIÓN /	ECOGRAFÍA MAMARIA / Consignar datos positivos		ECOGRAFÍA ABDOMINO - GINECOLÓGICA / Consignar datos positivos	
Completo <input type="radio"/>				
Incompleto <input type="radio"/>				
OBSERVACIONES /				
CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA /				

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

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

Lugar y fecha

Firma del postulante

Firma y sello del médico

Firma y sello del  
Director médico de la Clínica**( MARCAR CON UNA X )**

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

Lugar y fecha de la auditoría \_\_\_\_\_

Firma del médico auditor IOMA \_\_\_\_\_