

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 |
| 1. ENF. CARDIOVASCULARES-SIST. VASCULAR PERIFÉRICO | | | | 8. PSIQUIATRÍA | | |
| 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 | | |
| Miocardiopatía | | | | Otros | | |
| Marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador | | | | 9. INFECCIOSAS | | |
| Otros | | | | HPV | | |
| 2. SISTEMA RESPIRATORIO | | | | HIV desconoce <input type="radio"/> | | |
| Asma - EPOC | | | | Hepatitis ¿cuál? | | |
| TBC | | | | Enfermedades infecciosas no resueltas | | |
| Enfermedad fibroquística | | | | Otros | | |
| Hipertensión pulmonar | | | | 10. OTORRINOLARINGOLÓGICAS | | |
| Fibrosis pulmonar | | | | Hipoacusias | | |
| Otros | | | | Otitis crónica | | |
| 3. SISTEMA DIGESTIVO | | | | Síndrome vertiginoso | | |
| Úlcera gastroduodenal | | | | Poliposis rinosinusal | | |
| Síndrome de malabsorción | | | | Disfonías orgánicas | | |
| Cirrosis hepática | | | | Otros | | |
| Pancreatitis crónica | | | | 11. ONCOLÓGICOS | | |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | | | | Tumor benigno ¿Cuál?..... | | |
| Hepatitis crónica | | | | Tumor maligno ¿Cuál?..... | | |
| Enfermedad biliar | | | | 12. OFTALMOLÓGICOS | | |
| Otros | | | | Glaucoma | | |
| 4. ENDÓCRINO-METABÓLICO | | | | Queratocono | | |
| DIABETES TIPO I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> | | | | Retinitis pigmentaria | | |
| Trastornos tiroideos | | | | Miopía / astigmatismo | | |
| Otros | | | | Otros | | |
| 5. SISTEMA NEFROURINARIO | | | | 13. OSTEOARTICULAR | | |
| Enfermedades renales | | | | Malformaciones congénitas o adquiridas | | |
| Enfermedades obstructivas del árbol urinario | | | | Deformaciones congénitas o adquiridas | | |
| Insuficiencia renal crónica | | | | Osteopatías / miopatías | | |
| Varicocele | | | | Otros | | |
| Otros | | | | 14. HEMATOLÓGICOS | | |
| 6. SNC-PERIFÉRICO | | | | Leucemia / linfomas | | |
| Epilepsia - convulsiones | | | | Anemias hemolíticas | | |
| Otros | | | | Trastornos de la coagulación | | |
| 7. OTROS | | | | Otros | | |
| Enf. cromosómicas o genéticas | | | | 15. GINECOLÓGICOS | | |
| Enf. con inmunodeficiencia o autoinmunes | | | | Poliquistosis ovárica | | |
| Transplantes | | | | Endometriosis | | |
| | | | | Otros | | |
| INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | | | | | AÑO | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| INTERNACIONES | | | | | | |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| MEDICAMENTO/S | | | | HÁBITOS | | |
| ¿CUÁL/ES? | | ¿Dosis? | | Tabaco SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Cantidad / día: | |
| 1. | | | | Alcohol SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Cantidad / día: | |
| 2. | | | | Droga SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | Especificar: | |
| 3. | | | | | | |

