

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

MUY IMPORTANTE: Este documento deber ser completado de puño y letra por el solicitante, dando respuesta a la totalidad de las preguntas y datos solicitados. La presente Declaración de Salud debe ser llenada previa lectura del Art.5° de la Ley de Seguros N° 17.418 que dice: **“Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurable, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hacen nulo el seguro”.**

Antecedentes de Salud

GRUPO FAMILIAR	EDAD ACTUAL	ESTADO DE SALUD - SI NO FUERA BUENO ENFERMEDAD QUE PADECE	EDAD AL MORIR	CAUSA DE LA MUERTE
PADRE				
MADRE				

Las siguientes preguntas deben marcarse con una X en los cuadros Si/No y **TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS deben ser aclaradas convenientemente en el cuadro respectivo en el reverso del cuestionario**, indicando el N° de la pregunta e incluyendo, fechas, diagnóstico, secuelas y todo otro detalle de importancia. En caso de considerar superada la dolencia, debe consignar: **“Me considero curado y sin secuelas ni recidivas.”**

1. ¿Hubo en su familia (CONSANGUINEA) casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis, enfermedades Cardiovasculares? En caso afirmativo indicar enfermedad y parentesco Si No

2. ¿Practica deportes o alguna actividad física? ¿Cuáles? Sí No
Indique: _____

3. ¿Consume habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas Alcohólicas? Indique cantidad y/o frecuencia: Sí No
 Nunca Ocasionalmente
 Hasta ½ lt. Diario Mas de ½ lt. diario, etc.

4. ¿Bebió en alguna época en exceso? Si No
Aclare período y si necesitó tratamiento.

5. a) ¿Fuma? Indique cantidad y/o frecuencia: Si No
 Nunca Ocasionalmente
 Hasta 10 cigarrillos diarios Más de 10 cigarrillos diarios.

b) ¿Ha fumado en alguna época? Sí No
Aclare período, cantidad y frecuencia

6. Necesita o necesitó hacer uso de sedantes (OPIO, MORFINA, COCAINA, VERONAL, etc.) Detalle. Si No

7. Indique su PESO (vestido)..... kg. y ESTATURA.....cm. (Actuales y exactos).

8. Ha tenido cambios importantes en su peso (más de 10 kilos) Recientemente o en los últimos años: ¿cuántos kilos?:..... Sí No

9. Indique sus cifras de PRESION ARTERIAL: Máxima.....
Mínima.....

10. Si ha sufrido en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes Molestias, señale con una cruz el casillero respectivo:

<input type="checkbox"/> Acidez o dolores de estómago	<input type="checkbox"/> Asma o fatiga respiratoria
<input type="checkbox"/> Cólicos intestinales	<input type="checkbox"/> Convulsiones o temblores
<input type="checkbox"/> Deposiciones con sangre	<input type="checkbox"/> Vómitos con sangre
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Dolores articulares
<input type="checkbox"/> Dolores persistentes de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos frecuentes
<input type="checkbox"/> Opresión o palpitaciones	<input type="checkbox"/> Ganglios inflamados
<input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas	<input type="checkbox"/> Ulceraciones genitales
<input type="checkbox"/> Secreciones genitales	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes o crónicas	<input type="checkbox"/> Ronquera persistente
<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Sudoración excesiva
<input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/> Expectoraciones con sangre
<input type="checkbox"/> Fiebre nocturna	<input type="checkbox"/> Problemas en la piel

11. Si padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades, Indíquelo en la casilla pertinente:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Embolias	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedades de riñón ó vejiga
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Pleuresía	<input type="checkbox"/> Enfermedades de hígado o vesícula
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Enfermedades dermatológicas
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> Enfermedades del estómago o intestinos
<input type="checkbox"/> Dispepsia	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Enfermedad de ojos, garganta, nariz u oídos
<input type="checkbox"/> Artrosis/ Artritis	<input type="checkbox"/> Columna/ vertebrae	<input type="checkbox"/> Anquilosis de algún tipo

12. Sufrió de otras afecciones o enfermedades no mencionadas Precedentemente? Aclare fechas, duración, síntomas y secuelas Sí No

13. ¿Le han realizado estudios o análisis especiales que no Fueran de rutina y/o cuyo resultado fuera anormal? Sí No

14. ¿Se halla o estuvo sometido a regímenes alimenticios? Señale causas, fechas y motivos. Sí No

15. ¿Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica? Detalle. Sí No

16. ¿Se ha inyectado alguna vez drogas que no fueran Prescriptas profesionalmente por otro facultativo? Sí No

17. ¿Estuvo internado en algún nosocomio, asilo o estación climática? Indicar cuándo, dónde y porqué. Sí No

18. ¿Adolece de algún defecto físico (cojera, amputación, prótesis, etc.)? Sí No

19. ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? Aclare motivos Sí No

20. ¿Cambió Ud. de residencia, profesión o especialidad por razones de salud? Sí No

21. ¿Practica o emplea la aviación en vuelos no regulares? Detalle Sí No

22. ¿Durante los últimos diez años ha residido en otro país? Mencíonelo/s. Sí No

23. ¿Está Ud. actualmente en tratamiento médico? Sí No

24. ¿Quién es su médico de consulta y/o de tratamiento?

25. ¿Cuándo consultó a un facultativo por última vez? Indique fecha...../...../.....
Motivo:.....

26. Está tomando o le suministran alguna medicación? Aclárelo convenientemente, indicando medicamento, frecuencia y dosis. Sí No

27. ¿Tiene Ud. alguna dificultad para el desempeño normal de sus tareas habituales? Sí No

28. ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo? Sí No

29. ¿Ud. considera que actualmente se encuentra sano? Sí No

30. Posee cobertura médica? Indique Entidad (Obra social, prepaga, etc.) y número de afiliado Sí No
- Firma del solicitante:**
Matricula y/o D.N.I.:
Fecha:

