

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y DATOS PERSONALES

### DATOS DEL TITULAR

Apellido y nombre

N° Afiliado

Tipo y N°/Doc

Domicilio

Código postal

Localidad

Provincia

Teléfono

Correo electrónico

### DATOS DE LA PERSONA A AFILIAR/REAFILIAR

Apellido y nombre

Fecha de nacimiento

Tipo y N°/Doc

Domicilio

Código postal

Localidad

Provincia

Teléfono

Correo electrónico

Profesión

Estado civil

Cantidad de hijos

Edades

¿Cuántos viven?

¿Son sanos?

Antecedentes familiares	Edad (si vive)	¿A qué edad murió?	Causa del fallecimiento
Padre			
Madre			
Hermanos/as			

¿Consume habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas? (indicar cantidad diaria)

¿Ud. fuma? (indicar cantidad diaria de cigarrillos, cigarros o pipas)

¿Actualmente concurre a sus tareas habituales? Caso negativo ¿por qué?

¿Tiene algún defecto en el oído o la vista? ¿Cuál?

¿Aumentó o disminuyó de peso durante el último año? sí  no  ¿Cuántos kg?

¿A qué lo atribuye?

Estatura

Peso actual

Presión arterial

Máxima

Mínima

Desconozco

¿Usted ha consultado a un médico últimamente? (indicar en qué fecha)

¿Por qué causa?

¿Toma algún medicamento? ¿Cuál?

¿Desde cuándo lo toma?

¿Usted ha tomado medicamentos indicados por el médico durante el último año en forma permanente? (Mencione cuáles y el motivo)

**¿Estuvo internado en un sanatorio, policlínica u hospital?** (indique fecha, lugar y motivo de internación)

**¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?** (indique fecha y motivo)

A continuación mencione si tuvo o tiene enfermedades, afecciones, padecimientos o malestares que hubieran requerido o requieran atención médica.

Enfermedad/afección	Sí/No	Diagnóstico	Nombre del médico	Fecha
Pulmonares				
Corazón, arterias, venas				
Sistema nervioso				
Riñón, vejiga, próstata				
Reumatismo, diabetes, gota				
Hernia y/o ventraciones				
Sangre (anemia, etc.)				
Ginecológicas o de mamas				

¿Actualmente se halla sometido o se ha sometido en los últimos 2 años a análisis de laboratorio, radiografías, ecografías, tomografías computadas, electrocardiogramas, ergometrías, controles de presión, regímenes alimenticios o cualquier otro mencionado expresamente?

En caso afirmativo, detallar en el cuadro adjunto:

Estudios/ análisis/ control efectuado	Motivos	Mes y año	Médico que indicó los controles

**¿En alguna oportunidad fue sometido a un examen médico o firmó una declaración jurada de salud y no concretó la contratación deseada?** (¿Cuándo?, indique mes y año)

**¿Usted considera que goza de buenas condiciones de salud?**

**¿Se ha jubilado o pasado a retiro por enfermedad?** (En caso de ser así, indique el motivo y la fecha)

El suscripto declara bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica, y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud, deliberada o no, invalidará la afiliación sin perjuicio del derecho de IOSFA a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudiera corresponder.

Sobre la base de la declaración jurada, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión, en caso de hacerlo no cubrirá las enfermedades congénitas ni las preexistentes al ingreso, conocidas o no por el beneficiario y/o su grupo familiar, hubieran sido o no declaradas precedentemente, ni sus complicaciones y/u otras enfermedades que resultan agravadas o complicadas por aquellas.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

A esta Declaración Jurada se deberá adjuntar completos

los siguientes apéndices:

- Apéndice 1 "Historia clínica"

- Apéndice 2 "Examen clínico"

- Apéndice 3 "Prácticas realizadas"

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del titular

Este formulario debe imprimirse en doble faz, es decir, frente y dorso en la misma hoja

## APÉNDICE 1 "HISTORIA CLÍNICA"

Apellido y nombres del paciente

---

Fecha

Tipo y N°/Doc

---

### ASPECTOS A CONSIDERAR

Antecedentes hereditarios (*padre, madre, abuelos*)

---

---

Antecedentes familiares (*cónyuge, hijos, hermanos, colaterales*)

---

---

Antecedentes personales

---

---

Ciclo menstrual

---

---

Exo - intoxicaciones

---

---

Intolerancia a drogas

---

---

Medicación al ingreso

---

---

Intervenciones quirúrgicas

---

---

Funciones vegetativas

---

---

---

---

Firma y sello del profesional

**APÉNDICE 2 “EXAMEN CLÍNICO”**

Apellido y nombre del paciente

Fecha	DNI	Pulso	P.A.	Resp.
Temp.	Peso actual	Peso teórico	Talla	

EXAMEN FÍSICO - PSIQUISMO - ESTADO NUTRICIÓN	SÍ	NO	OBSERVACIÓN
Piel			
Tejidos celulares			
Sistema ganglio linfático			
Ap. Osteo músculo articular			
Cabeza <i>(ojos, nariz y fosas nasales, boca e istmo de las fauces)</i>			
Cuello			
Tórax <i>(pulmones, corazón, mamas)</i>			
Abdomen y región lumbar			
Pulsos periféricos			
Sistema nervioso			
Indicar si durante los últimos 5 años fue internado			
Medicación que toma habitualmente			
Tareas que desarrolló en los últimos 5 años			

Conclusión diagnóstica (epicrisis) concretando grado y severidad de la patología presentada

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma y sello del profesional

**APÉNDICE 3 “PRÁCTICAS REALIZADAS”**

Apellido y nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

**PRÁCTICAS OBLIGATORIAS PARA AFILIACIÓN/REAFILIACIÓN**

PRÁCTICAS REALIZADAS	SÍ	NO	RESULTADOS
Electrocardiograma			
RX tórax completa			
RX columna cervico, dorso, lumbo, sacra			
Colesterol total			
Creatinina			
Coagulograma			
Eritrosedimentación			
Glucemia			
Hemograma			
Hepatograma			
Ionograma			
Orina completa			
Uremia			
VDRL			
HIV Elisa			
HBS Ag			
R. Hudlesson			
R. Toxoplasmosis			
Serología para Chagas			
R. de PPD y Mantoux (TBC)			

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del profesional

IMPORTANTE: Todos los estudios realizados detallados en el Apéndice 3 deberán ser adjuntados a la planilla donde se solicita la afiliación o reafiliación.