

• **Datos del Afiliado** (por favor completar en letra imprenta)

Legajo: Apellido: Nombres:

• Marcar con una cruz lo que corresponda

Doc. Identidad

L.C. L.E. C.I. D.N.I. Pasaporte

N°

Fecha de Nacimiento

Día	Mes	Año
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

• **Antecedentes Médicos** (por favor marcar con una cruz según corresponda)

*** En caso de contestar que tuvo o tiene alguno de los siguientes antecedentes debe ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE.**

Enfermedades y/o Malformaciones Congénitas

Antecedentes Médicos	Tuvo / No tuvo	Tiene / No tiene
Cardíacas		
Neurológicas		
Musculares Esqueléticas		
Discapacidad motora		
Otras Discapacidades		
Otras		

Enfermedades Adquiridas

Antecedentes Médicos	Tuvo / No tuvo	Tiene / No tiene
Cardiovasculares – Cardíacas		
Cardiovasculares – Vasculares		
Aparato Respiratorio		
Aparato Digestivo		
Neurológicas – Sistema Nervioso Central		
Neurológicas – Sistema Nervioso Periférico		
Genitourinarias – Renales		
Genitourinarias – Vías urinarias		
Genitourinarias – Aparato Genital		
Músculo Esqueléticas		
Sangre y órganos linfáticos		
Órganos de los sentidos – Visión		
Órganos de los Sentidos – Audición		
Psiquiátricas		
Glandulares		
Esterilidad primaria - secundaria		
Infertilidad		
Discapacidad motora		
Otras discapacidades		
Otras		

Enfermedades Adquiridas

Antecedentes Médicos	Tuvo / No tuvo	Tiene / No tiene
Diabetes		
Hipertensión		
Alergia		
HIV SIDA		
Alteración de Lípidos		
Adicción a Drogas / Medicamentos		
Abuso alcohol		
Tabaquismo		
Tumores		
Intervenciones Quirúrgicas		
Embarazo Actual		
Gestosis		
Abortos Espontáneos		
Cesáreas		
Glaucoma		
Otras		

.....

• Medicamentos de uso Habitual (por favor completar en letra imprenta)

.....

Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de declaración jurada de antecedentes de salud. OSUNLaR se reserva el derecho de aceptación del trámite solicitado o su rechazo sin expresión de causa. La falsedad u omisión en los datos consignados se considerará motivo de aplicación de las sanciones previstas en el Reglamento Interno, y exime a la entidad de responsabilidad por la cobertura emanada por los gastos generados como consecuencia de las enfermedades no declarados.

.....
 Lugar y Fecha

.....
 Firma del médico

.....
 Aclaración del médico

.....
 Lugar y Fecha

.....
 Firma del Afiliado

.....
 Aclaración del Afiliado

• Reservado para la Repartición

.....
 Firma Responsable Establecimiento

.....
 Aclaración

Auditoría Médica

La presente será válida exclusivamente si es completada en su totalidad por el titular de la misma de su puño y letra y certificada por el responsable de la Institución.