

## DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, n° de identificación previsional \_\_\_\_\_, con el objeto de dar cumplimiento a los requisitos de incorporación al Sistema de Salud CAS A, declara conocer y aceptar las normas del Reglamento y el Plan de Cobertura al que se adhiere. Asimismo que, CASA podrá aplicar un valor de cuota diferencial por las enfermedades, patologías y/ o antecedentes médicos preexistentes. Declara expresamente conocer la cláusula 4.2. del Reglamento del Beneficio que en su parte pertinente dice "El ocultamiento, retención, inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el aspirante en la/s "Declaración Jurada de salud", constituye la falsedad de la/s misma/s, generando sin más el derecho resolutorio y/o nulidad del beneficio otorgado, tanto para el titular como para el grupo familiar."

Las declaraciones juradas de salud deben ser firmadas en forma INDIVIDUAL y PRESENCIAL (siempre que sea mayor de 18 años).

A dichos efectos, a continuación denuncio los antecedentes médicos de:

Titular  Familiar. Apellido y nombre completo: \_\_\_\_\_

- | ANTECEDENTES MÉDICOS   | NO                       | SI                       |                      |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| A) ¿Ha consultado con su médico en los últimos 12 meses?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Motivo: _____        |
| B) ¿Se ha realizado estudios médicos en los últimos 12 meses?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? Motivo: _____ |
| C) ¿Realizó durante los últimos 12 meses algún tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? _____         |
| D) Antecedentes de salud de padre/madre o familiar directo:        | _____                    |                          |                      |

Indique si padece o padeció en algún momento: (Marque con una "X")

- |   | NO                       | SI                       | Aclaraciones: Cuál, cuándo, y demás infomarmación relevante |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1) Agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros. Antecedentes oftalmológicos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 2) Lesión del tabique, atrofias, dificultad respiratoria, sinusitis; ronquera, disfonías, nódulos; otitis, sordera u otros.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 3) Trastornos del aparato respiratorio.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 4) Infarto, dolores de pecho, hipertensión o cualquier enfermedad del corazón o vasos sanguíneos, trastornos circulatorios, etc.                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| ¿Antecedentes familiares? Indique cuál.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 5) Enfermedad del hígado, páncreas, esófago, estómago o duodeno, intestino; hemorroides, úlceras, hernias, divertículos, pólipos y megacolon.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| ¿Antecedentes familiares? Indique cuál.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 6) Enfermedad de riñones, vejiga o de los órganos génito-urinarios. Antecedentes nefrológicos.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 7) Anemia, agrandamiento ganglionar, trastornos de la médula ósea, hemofilia, trastornos de la coagulación u otra enfermedad de la sangre (sean estas benignas o no). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| ¿Antecedentes familiares? Indique cuál.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 8) Enfermedades de la piel, eczema, psoriasis, cáncer de piel u otros.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 9) Enfermedad, dolor o trastorno de los sistema musculo-esquelético, articulaciones, columna (hernia de disco), artrosis.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 10) Enfermedades autoinmunes: gota, reumatitis, fiebre reumática, artritis reumatoidea, lupus, psoriasis, enfermedad de Krhon, celiaquía.                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 11) Algún espasmo, desmayo, parálisis, dolores de cabeza, enfermedad neurológica, epilepsia, vértigo, neuritis o temblor.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 12) Diabetes, bocio, enfermedades del crecimiento, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y tiroides.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| ¿Antecedentes familiares? Indique cuál.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| 13) Afección del útero, ovarios, senos u órganos genitales o problemas en la esfera sexual.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| Fecha última menstruación. ¿Se ha realizado algún estudio en los últimos 12 meses?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

Si esta embarazada: Indique fecha prevista para el parto y si el embarazo a transcurrido con normalidad hasta la fecha.

NO SI

Aclaraciones: Cuál, cuándo, y demás información relevante

14) Si es varón, indique si tuvo algún trastorno/enfermedad (oncológica o no) en sus órganos reproductivos, próstata o problemas en la esfera sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15) Indique si tuvo o tiene problemas de fertilidad y/o fue evaluado o, realizó o realizará una consulta con un especialista y/o ha iniciado algún tratamiento al respecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16) Alteraciones metabólicas del ácido úrico, colesterol, lípidos, etc. ¿Historia familiar de colesterol elevado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17) Indique peso y talla ¿Ha tenido aumento o disminución considerable de peso en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IMC (completa AM):
¿Se encuentra realizando algún tratamiento?			
18) Algún tipo de ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, u otro padecimiento mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento recibido			
19) Indique si consume sustancias no indicadas por profesionales sanitarios, incluir tabaco y alcohol. Cantidad y tiempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20) ¿Está recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento por parte de un médico o institución médica no mencionados anteriormente, incluyendo dieta especial, corticoides, anticoagulante, homeopático, insulina, etc.? Especifique dosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21) Covid, toxoplasmosis, chagas, hepatitis, HIV, sífilis u otras enfermedades de transmisión sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22) ¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de consulta, tratamiento, examen o investigación médica no mencionados anteriormente; o padece de alguna enfermedad o incapacidad no expresada anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si responde SI, por favor indique la razón del mismo y su resultado.			
23) ¿Ha padecido o padece actualmente cualquier forma o tipo de cáncer, tumor o quiste? Indique fecha de diagnóstico y de la última evaluación de su médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Recibió tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Indique cuál y la fecha de la misma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25) ¿Va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente? Indique motivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26) ¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de tratamiento odontológico (por ejemplo: ortodoncia, periodoncia, prótesis, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27) En caso de tratarse de un niño ¿realizó o realizará consulta médica respecto a algún tipo de trastorno de la conducta o déficit de atención u otra alteración del comportamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Recibe tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28) ¿Alguna otra información importante relacionada con su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29) ¿Alguna condición que sin configurar una patología requiera tratamiento, sea electivo o no?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Institución a la que pertenece / Teléfono: \_\_\_\_\_

Manifiesto que la información suministrada es exacta, teniendo carácter de DECLARACIÓN JURADA.

**Nota:** La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a CASA a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. Dicha facultad incluye entre otros la renuncia al amparo en el secreto profesional y el relevamiento del mismo a los médicos y/o todo otro prestador de salud que lo hubieren tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a CASA y/o a los profesionales y/o instituciones a través de los cuales brinda cobertura médico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con al ejecución de las prestaciones a cargo de CASA. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el afiliado se obliga a requerirla y proveerla a CASA bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas de requerirla. CASA podrá solicitar la presentación de estudios médicos a cargo del aspirante.

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

Firma del titular o responsable

Observaciones Auditoria Médica \_\_\_\_\_

Firma y sello del Auditor Médico

DORSO