

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 CASA, 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, reticencia, 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 información relevante |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1) Agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros. Antecedentes oftalmológicos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| En caso que corresponda, indique el número de dioptrías <input type="checkbox"/> menos de 1.5 <input type="checkbox"/> más de 1.5 | | | |
| 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"/> | |
| 5) Enfermedad del hígado, páncreas, esófago, estómago o duodeno, intestino; hemorroides, úlceras, hernias, divertículos, pólipos y megacolon. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6) Enfermedad de riñones, vejiga o de los órganos genito-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"/> | |
| 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 Khron, 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, hipofisis, suprarrenales y tiroides. | <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. | | | |
| 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? NO SI

17) Indique peso y talla
¿Ha tenido aumento o disminución considerable de peso en los últimos 6 meses? NO SI IMC (completa AM): _____
¿Se encuentra realizando algún tratamiento? NO SI

18) Algún tipo de ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, u otro padecimiento mental. NO SI

Tratamiento recibido _____

19) Indique si consume sustancias no indicadas por profesionales sanitarios, incluir tabaco y alcohol. Cantidad y tiempo. NO SI

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. NO SI

21) Toxoplasmosis, chagas, hepatitis, HIV, sífilis u otras enfermedades de transmisión sexual. NO SI

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? NO SI
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. NO SI
¿Recibió tratamiento? NO SI

24) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Indique cuál y la fecha de la misma. NO SI

25) ¿Va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente? Indique motivo. NO SI

26) ¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de tratamiento odontológico (por ejemplo: ortodoncia, periodoncia, prótesis, etc.)? NO SI

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? NO SI
¿Recibe tratamiento? NO SI

28) ¿Alguna otra información importante relacionada con su salud? NO SI

29) ¿Alguna condición que sin configurar una patología requiera tratamiento, sea electivo o no? NO SI

30) ¿Tuvo Covid? NO SI
¿Tuvo secuelas? Si las tuvo, indique cuales NO SI
¿Curso internación por Covid? Si estuvo internado, indique los motivos. NO SI

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