

# Declaración Jurada

	00	01	02	03	04
Edad					
Sexo					
Peso					
Altura					
Complete con <b>SI</b> o con <b>NO</b> , según corresponda. En caso de responder SI, aclare en OBSERVACIONES de qué enfermedad se trata, la fecha aproximada y si continúa en control o tratamiento. De ser necesario amplíe en hojas adicionales.					
01. Alergias					
02. Alteraciones de los lípidos: Colesterol. Triglicéridos					
03. Cardiovasculares. Cardíacas. Vasculares					
04. Partos. Cesáreas					
05. Abortos espontáneos					
06. Embarazo actual					
07. De la piel. Psoriasis					
08. De la sangre u órganos linfáticos. Leucemia. Mieloma. Otras					
09. De las glándulas: Tiroides. Hipófisis. Suprarrenales.					
10. De las vías urinarias. Próstata. Riñones. Vejiga. Incontinencia					
11. De nariz, garganta y oídos					
12. Del aparato de la visión					
13. Del aparato digestivo. Divertículos. Cálculos Biliares. Pólipos. Úlcera					
14. Hepatitis A, B, C.					
15. Del aparato genital					
16. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras					
17. Esterilidad. a. ¿Realizó tratamiento?					
b. ¿Está en tratamiento o en espera para realizarlo					
18. Diabetes. Síndrome Metabólico					
19. Drogadicción					
a. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento por adicción a alguna droga?					
20. Enfermedades congénitas o hereditarias					
21. Enfermedades de las articulaciones. Gota. Artritis. Artrosis ¿Realizó estudios?					
22. Enfermedades del colágeno. Lupus. Esclerodermia. Esclerosis múltiple					
23. Hernias. Eventraciones					
24. Epilepsia y/o convulsiones					
25. ACV - AIT					
26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas					
27. Enfermedades psicológicas o psiquiátricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento					
28. Trastornos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad					
a. ¿Estuvo o está en tratamiento?					
b. ¿Ingresó a algún programa de adelgazamiento?					
c. ¿Le han propuesto cirugía bariátrica en alguna oportunidad?					
29. Alcoholismo					
30. Hábito de fumar					
31. Internaciones clínicas (#)					
32. Hipertensión arterial					
33. Traumatismos / Accidentes					
34. Intervenciones quirúrgicas (##)					
35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hernia de Disco					
36. HIV					
37. Tumores o Cáncer					
38. Otras patologías no mencionadas (###)					
39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###)					
40. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad?					

(#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar cuáles.

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

El que suscribe declara bajo juramento que la información que antecede es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará el acuerdo con AMR Salud S.A. sin perjuicio del derecho de ésta a exigir la restitución de costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y/o penales que pudieran corresponder. La presente es amparada por el Reglamento de nuestra institución.

**AFILIADO**

FIRMA  
ACLARACIÓN

**MÉDICO AUDITOR**

FIRMA  
ACLARACIÓN

**Para uso exclusivo  
de AMR Salud**

Aceptada con preexistencias, detallar patología/s: .....

Carencia asignada: .....