

Declaración Jurada

	00	01	02	03	04	05
Edad						
Sexo						
Peso						
Altura						
Complete con SI o con NO , 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?						
41. Celiaquía						
42. ¿Está en tratamiento odontológico?						
43. FUM (Fecha Última Menstruación)						

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

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: