| ###) 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 | | 00 | 01 | 02 | 0 | 3 | 04 | 05 |
|--|--|---------------------------------|-------------------------|------------------|----|----------------|----|----|
| Compiler on RI o can MO, eagle corresponds. En caso de responder SI, adans en CREERVACIONES de qué enfermedad se trata, la fetim a processar de los lipidos: Collesterd. Trajicóridos 9 02. Alteraciones de los lipidos: Collesterd. Trajicóridos 9 02. Alteraciones de los lipidos: Collesterd. Trajicóridos 9 03. Condivinos processar de los lipidos: Collesterd. Trajicóridos 9 03. Condivinos seguridas 9 04. Alteración se considera 9 05. Alteración se spondimos | Edad | | | | | | | |
| Allura in Complete con SI or con NO, según corresponda. En caso de responder SI, alare en GESENACIONES de que enfermedad se trate, la fecha aproximator y si continúa en consorior tratamiento. De ser necesario amplies en logas addicionales. 10. Aurginis 10. Aurginis 10. Cenforesculteres. Cardinas. Vesculteres 10. Cenforesculteres. Cardinas. Vesculteres 10. A Control esponámicos 10. Entrearos actual (**TUM (Fecha Ultima Menatrusción) 10. Entrearos actual (**TUM (Fecha Ultima Menatrusción) 10. De las garda (**Tumber Hipólias Supromenes.** 10. De las garda (**Tumber Hipólias Supromenes.** 10. De las singerio urganos finitidades. Leucouria. Melloma. Otras 10. De las garda (**Tumber Hipólias Supromenes.** 10. De las vias ururanias. Prestata Riflorias. Veligia. Incontinencia 11. De marriz, agraparia y otros. 10. De las y sindencias productivos (**Tumber Hipólias Supromenes.**) 10. De las y sindencias (**Tumber Hipólias Supromenes.**) 10. De las y sindencias (**Tumber Hipólias Supromenes.**) 10. De las y sindencias (**Tumber Hipólias Supromenes.**) 11. Del garanto de la visión 12. Del aparato de la visión 13. Del aparato generio Dementicia. Catacios Bilismes. Piólipos. Dicorra 14. Heppillas, A. B. C. 15. Del aparato generio Dementicia. Catacios Bilismes. Piólipos. Dicorra 16. Heppillas, A. B. C. 17. Estellidada. A. gladado traterimento. 18. J. Estellidada. A gladado traterimento. 19. L. Estellidada. A gladado traterimento. 19. L. Estellidada. A gladado traterimento. 19. De Despondo seguna vez en traterimiento por adición a alguna diogr? 20. Enferimentados de conjerios las o inecediarios. 21. Enferimentados conjerios a proprieta financia. 22. Enferimentados de conjerios programa de addigazamiento? 23. Perimias. Eventraciones 24. Accidanta (**Tumber La proprieta de Decoa districa en la guran condunidad? 24. Accidanta en recenta de la proprieta de debigazamiento? 25. Enferimentados en encológicas o programá de addigazamiento? 26. Enferimentados en encológicas en la programa de addigazamiento? 27. Enferimentados en encoló | Sexo | | | | | | | |
| Correlate con SI o con NO, según corresponda. En caso de responder SI, adam en GREER/ACIONES de qué enfermadad se trala, in tech extrotrendos y el cortinia en contrel o tralaminento. De ser necessario ample se hopas addicionases. 10. Alleraciona de los lipidos. Colesdara. Trigiletricios 10. Alleraciona de los lipidos. Colesdara. Trigiletricios 10. Alleraciona de los lipidos. Colesdara. 1. Trigiletricios 10. Particio. Codericas 10. De las surgeres utógenos infididos. Laucenia. Mislama. Otras 10. De las surgeres utógenos infididos. Laucenia. Mislama. Otras 10. De las surgeres utógenos infididos. Laucenia. Mislama. Otras 10. De las surgeres utógenos infididos. Laucenia. Mislama. Otras 10. De las surgeres utógenos. Productios. Según incredirencia 11. De nariz. geografia y otidos 11. De nariz. geografia y otidos 12. Del esparato depetible. Productios. Calculos Bilanes. Polipos. Ubora 14. Heaptricio A. B. C. 15. Del aparticio genitario. Asima. E.POC. Florosis Pulmonar. Otras 17. Estrictibles. a. ¿ Resilizo finationalmino? 18. Le guerato capacita. Production. Asima. E.POC. Florosis Pulmonar. Otras 19. Desparato queritario. Asima. E.POC. Florosis Pulmonar. Otras 19. Le guerato capacita. Productiona. 20. Estemantica des anticidacionas Coles. Antilis. Artrosis ¿ Resilizo festador? 20. Estemantica des anticidacionas Coles. Antilis. Artrosis ¿ Resilizo festador? 21. Estemantica des des anticidacionas Coles. Antilis. Artrosis ¿ Resilizo festador? 22. Estemantica des anticidacionas Coles. Antilis. Artrosis ¿ Resilizo festador? 23. Estemantica des anticidacionas Coles. Coles. Coles. Antilis. Artrosis ¿ Resilizo festador? 24. Estemantica des des anticidacionas Coles. | Peso | | | | | | | |
| la lecha aproximataly si continuita an control fristantimistro. De ser necessirio amplie en hipias addicionales. 10. Allergass 10. Allergass 10. Allergass 10. Sardionascateres. Cardiacas. Viloculares 10. Cardionascateres. Cardiacas. Viloculares 10. Cardionascateres. Cardiacas. Viloculares 10. Allergass 10. A | Altura | | | | | | | |
| 102. Albaronomos de los lígotos. Collesterol. Triglocidos 105. Partos. Carálicase. Naturalizas 105. Abortos espontientos 105. De la part Piorrisas 105. De la parto Profisias 105. De la parto Profisias. Profisias. Sugrarentes 105. De la parto de la visión 115. De nicir, gargarda y citós 115. De la parto de galgardo Devertucitas. Cálculos Bilarras, Púlgos. Úlcera 116. Del apartos de la visión 115. Del dispartos del parto Devertucitas. Cálculos Bilarras, Púlgos. Úlcera 116. Del dispartos de la visión 116. Del dispartos del parto Profisias. Púlgos. Úlcera 117. El del gardos de la visión 117. El del gardos de la visión 118. Del dispartos del parto Profisias. Púlgos. Úlcera 119. Del gardos del parto Respectados. Al parto Profisias. Púlgos. Úlcera 119. Del gardos del parto Respectados. Púlgos Pulmonas. Díbas Bullaras. Púlgos. Úlcera 119. Del gardos del partos espectados. Púlgos Pulmonas. Díbas Bullaras. Púlgos. Úlcera 119. Del partos respectados. Púlgos Pulmonas. Púlgos. 110. Del partos del partos respectados. Púlgos Pulmonas. Púlgos | Complete con SI o con NO , según corresponda. En caso de responder SI, aclare en O la fecha aproximada y si continúa en control o tratamiento. De ser necesario amplie e | DBSERVACION n hojas adiciona | ES de qué enfe ales. | ermedad se trata | Ι, | | | |
| 33. Cardionesculares. Cardiaces. Vesculares 40. Partos. Cesáreas 50. Partos. Cesáreas 50. Enterazos adual. PUM (Fedra Ultima Manetruación) 50. Enterazos adual. PUM (Fedra Ultima Manetruación) 50. Enterazos adual. PUM (Fedra Ultima Manetruación) 50. De las pagrantes de la visita de la composición de la visita del visita de la visita del visita de la visita del visita de la visita del | 01. Alergias | | | | | | | |
| 04. Partos. Cestáreas 05. Enteranzo acuta. FUM (Fecha Útima Menshuación) 07. De la peir Porcissos 08. De las sarque u órganes linfáticos. Leucenia, Meiorna. Otras 09. De las glandulas Troides Hipfolis, Supraenales. 19. De las visus inclusas. Pósidas Rifónes. Veiga, Inconferenda 19. De nariz, garganta y cidos 19. De las visus inclusas. Pósidas Rifónes. Veiga, Inconferenda 19. De nariz, garganta y cidos 19. De la parardo digestivo. Diverticulos. Cálculos Biliares. Pólipos. Úlcotra 14. Helpallás A, B. C. 19. Del aparatro genital. HPV 19. Del aparatro genital. HPV 19. Del paratro genital. HPV | 02. Alteraciones de los lípidos: Colesterol. Triglicéridos | | | | | | | |
| 05. Abortos esportáneos 06. Entribarzo actual F.UM (Fetha Ütilma Menstruación) 17. De la piei. Porriesia 18. De la sargue u órganos infláticos. Leucerai. Melanna. Otras 18. De la sargue u órganos infláticos. Leucerai. Melanna. Otras 19. De la sizu visu surinais. Priotata. Rifonas. Vejaga. Incontriencia 19. De la sizuaria de visua virinais. Priotata. Rifonas. Vejaga. Incontriencia 19. De la sparato de la visión 19. De la sparato de la visión 19. De la sparato de la visión 19. De la paranto esparato. Assan. ESPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 19. Del paranto esparator. Assan. ESPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 19. Estadinad. a., Resulto trialminento? 19. Del paranto esparator. Assan. ESPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 19. Del paranto esparator. Assan. ESPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 19. Del paranto esparator. Assan. ESPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 19. Del paranto esparator. Assan. Espoc. Fibrosis Pulmonar. Otras 19. Del paranto esparator. Assan. Espoc. Fibrosis Pulmonar. Otras 19. Del paranto esparator. Assan. Espoc. Fibrosis Pulmonar. 19. Del parator esparator. Assan. Espoc. Espoc. Fibrosis Pulmonar. 19. Del parator esparator. Assan. Espoc. Espoc. Fibrosis Pulmonar. 19. Del parator esparator. Assan. Espoc. Espoc. Fibrosis esparator. 20. Enfermedades de lo diolgeno. Lupus. Espocardemina. Espocrosis múltiple 21. Enfermedades de la articulaciones. Cold. Artifis. Artosis. ¿Realizir estudios? 22. Enfermedades de lo diolgeno. Lupus. Espocrodemina. Espocrosis múltiple 23. Activa esparator. 24. Epilepsia y/o comulaciones 25. ACV - ATI. 25. Enfermedades de lo diolgeno. Lupus. Espocrodemina. 26. Estaternodados neurológicas o del cerebro. Migrafias 27. Enfermedades del cológeno. Lupus. Espocrodemina. 28. Estaternodados neurológicas polituridas espocialisticas espocialisticas espocialisticas espoci | 03. Cardiovasculares. Cardíacas. Vasculares | | | | | | | |
| 196. Embarazza actual. FUMI (Fecha Oltima Menstruación) 17. De la pial Patrials (Patrial Patrials (Patrials Control Patrials (Patrials Control Patrials Control Patrials (Patrials Control Patrials Control Patrials (Patrials Control Patrials Control Patrials Control Patrials Control Patrials Control Patrials (Patrials Control Patrials Control Patrials Control Patrials Control Patrials Control Patrials Control Patrials (Patrials Control Patrials (Patrials Control Patrials Control Patr | | | | | | | | |
| 07. De la piel Psoriasis 08. De la sargire u órganos Infálicos. Leucenia. Mielona. Otras 09. De las gliendelas. Triordes. Hipófiss. Suprarerales. 10. De las visis urinarias. Prástata Riffonas. Vejiga. Incontinencia 11. De le nariz, agregaria y otics 12. Del aparato de la visión 12. Del aparato de la visión 13. Del aparato dejestro. Overficulos. Calculos Biliares. Pólipos. Ulcara 14. Hepatilis A. B. C. 15. Del aparato tensepiratorio. Aama. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Esterlicidad. a., Realizió triatmiento? 18. Del aparato tensepiratorio. Aama. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Esterlicidad. a., Realizió triatmiento o en espera para realizarlo? 18. Dialeses. Sindrome Metabolicio 19. Dengadisción 19. Dengadisción 19. Dengadisción 19. L'Estermedisdes de la sinculationes. Goda. Artrifis. Artrosis ¿Realizió estudios? 20. Enfermedisdes de la sinculationes. Goda. Artrifis. Artrosis ¿Realizió estudios? 21. Enfermedisdes de la sinculationes. Goda. Artrifis. Artrosis ¿Realizió estudios? 22. Enfermedisdes de la sinculationes. Goda. Artrifis. Artrosis ¿Realizió estudios? 23. Enfermedisdes del colégeno. Lupus. Esoderodermia. Esoderosis multiple 24. Epilosas y/o convisiones 24. Epilosas y/o convisiones 25. Enfermedisdes en eurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedisdes psiciólogicas o pisquiatricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Enfermedisdes neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedisdes psiciólogicas o pisquiatricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 39. Lipurares ala signi programa de adelgazamiento? 40. ¿Internaciones colinicas (#) 41. Lipurares ala signi programa de adelgazamiento? 42. ¿Les parte portura de delgazamiento? 43. Lipurares ala signi programa de adelgazamiento? 44. Lipurares ala signi programa de adelgazamiento? 45. Lipurares ala signi programa de adelgazamiento? 46. Lipurares ala signi programa de adelgazamiento? 47. Lipurares ala consume mediciamentos actualmente? (###) 48. Alaman consume mediciamentos actualmentes (####) 49. ¿Les des en tratamiento de la lipura medicio terl | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | | | | | | | |
| 06. De las sangreu ufrganos linfalcos. Loucamia. Melloma. Otras 09. De las sigandudas: Troides. Hipófisis. Supranenales. 10. De las vias untrarias. Protestas. Rúnores. Veliga. Incontinencia 11. De nariz, garganta y oldos 11. De nariz, garganta y oldos 12. Del aparato de la visión 13. Del saparato digestivo. Dieretrulois. Cálculos Biliares. Pólipos. Ulcara 14. Hepaditis A. B. C. 15. Del aparato de la visión 15. Del aparato de la visión 16. Del aparato de protectulos. Cálculos Biliares. Pólipos. Ulcara 17. Del aparato de protectulos. Cálculos Biliares. Pólipos. Ulcara 18. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrasis Pulmonar. Otras 17. Esterilido a. Reelizió tratamiento o en espera para realizardo? 18. Delabelas. Sindramos Melabólico 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Enfermedades de conglentas o heredidarias 21. Enfermedades de conglentas o heredidarias 21. Enfermedades del congleno. Lupus. Esclerodermia. Esclerois múltiple 22. Enfermedades del congleno. Lupus. Esclerodermia. Esclerois múltiple 23. Heritas. Eventraciones 24. Epileppsa y/o convusisiones 25. ACV AIT 26. Enfermedades es ourológicas o del cerebro. Migrafias 27. Enfermedades espiciológicos o poliquidricas. ¿Estavo alguna vez en tratamiento? 28. Tenfermedades espiciológicos o poliquidricas. ¿Estavo alguna vez en tratamiento? 29. Tenfermedades espiciológicos o poliquidricas. ¿Estavo alguna vez en tratamiento? 20. La han propuesto ciruglia bardárica en alguna oportunidad? 21. La han propuesto ciruglia bardárica en alguna oportunidad? 22. Hiperfensión arterial 33. Traumatermos / Accidentes 34. Han propuesto ciruglia bardárica en alguna oportunidad? 34. La han propuesto ciruglia bardárica en alguna oportunidad? 35. Lumaterianos o comune mediciamentes actualmentes? (###) 36. Linterenacione inventación en linterenación que acudifica el acueto con AIRF Sauto A an Alla Alla Alla Alla Alla Alla Alla | , | | | | | | | |
| 9.0 De las visa uninarias. Priotata. Rifones. Vejiga. Incontinenda 10. De las visa uninarias. Priotata. Rifones. Vejiga. Incontinenda 11. De nariz, garganta y oldos 12. Del aparato de la visión 13. Del aparato de la visión 15. Del aparato genesto. Divertucios. Calculos Biliares. Polipos. Úlcera 14. Hepatilis A, B, C. 15. Del aparato genital. HPV 16. Del aparato genital. HPV 17. Esterilidad. a., Realizó tatamiento? 18. Del aparato genital. HPV 19. | · · · | | | | | | | |
| 10. De las vias urinarias, Próstala, Riñones, Vejiga, Incontinencia 11. De nartz, garganta y oldos 12. Del aparato del a visión 13. Del aparato del svisión 13. Del aparato del svisión 13. Del aparato dejesévo. Diverticulos. Cálculos Biliares, Pólipos. Úlcera 14. Hepatita, A., B. C. 15. Del aparato genital. HPV 16. Del aparato sepriatorio. Asma, EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Estarilicida a, Realizió tratamiento o en espera para realizardo? 18. Diabetes. Sindrome Metabólico 19. Diopadicción 19. Diopadicción 19. Diopadicción 19. Diopadicción 10. Enfermedades congénitas o heradilarias 21. Enfermedades de las articulaciones. Gota. Artrifis. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades de las articulaciones. Gota. Artrifis. Artrosis ¿Realizó estudios? 23. Eleminariaciones 24. Epipepai vin convulsiones 24. Epipepai vin convulsiones 25. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrafas 27. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrafas 27. Enfermedades psicológicas o pasquátricas ¿Estavo aiguna vez en tratamiento? 28. Extratornos alimentarios. Anoresis. Billinia. Obesidad 29. ¿Internaciones de anterialmiento? 29. Autonolísmo 30. Habito de fumar 31. Internaciones clínicas (#) 31. Internaciones clínicas (#) 33. Internaciones quiúnigicas. Centecidicas en aliguna oportunidad? 42. ¿Esta in tratamiento como casa de misma de Disco 36. HIV 37. Tumores o Câncer 40. ¿Tere o está frantando Certificado de Discapacidad? 41. ¿Ciançulos casas y si sigue en tratamiento. 42. ¿Casa en tratamiento como consume medicamentos actualmento? (###) 43. ¿Ale consultado de plan de medicamentos actualmento? (###) 44. ¿Ciançulos consume no está frantando Certificado de Discapacidad? 44. ¿Ciançulos consume medicamento sa actualmento? (####) 49. ¿Ale consultado el paria habito de retalmiento con o sistá misma con en está frantando Certificado de Discapacidad? 45. ¿Ciançulos con consulta en en intrademiento con AMF Saud S A, an internacion resourcio en en au | | | | | | | | |
| 11. De nariz, garganta y oldos 12. Del aparato de la visión 12. Del aparato de la visión 13. Del aparato dejestivo. Olvertículos. Cálculos Biláres. Pólipos. Úcera 14. Hepatilis A, B, C. 15. Del aparato parato HPV 16. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Esterilidad. a., Resilito tratamiento o en espera para realizarlo? 18. Diabetes. Sindrome Metaboltico 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. L'Estuvo alguna vez en tratamiento por adicción a alguna droga? 20. Enfermedades de las artifuciones obta. Artinis. Artrosis ¿Realizó estudios? 21. Enfermedades del sa artifuciones obta. Artinis. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades del las artifuciones obta. Artinis. Artrosis ¿Realizó estudios? 23. Hernias. Exentraciones 24. Epilapsia yo corruvisiones 25. ACV. ATT 26. Enfermedades poly corruvisiones 27. Enfermedades poly corruvisiones 28. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades policológicas o paquiárticas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastomos alimentarios. Anorexis. Bullminis. Obesidad 29. Enfermedades policológicas o paquiárticas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 29. Alcoholismo 30. Habito de fumar 31. Internaciones dinicas (#) 32. Hiprase à algún programa de adelgazamiento? 40. ¿Le ha ne propuesto cirulga barádrica en alguna oportunidad? 41. Alcoholismo 42. Eleptensión arterial 43. Internaciones quirirgicas (##) 44. ¿Tene o está trantamiento dontológico? 45. Alcoholismo 46. Unidades cervicadgas. Hernia de Disco 47. Turnores o Câncer 48. Ocrosumió a consume medicamentos actualmento? (###) 49. Cireno e está trantamiento odentológico? 40. ¿Tene o está trantamiento odentológico? 41. ¿Le la consume medicamentos actualmento. 40. Elemo e está trantamiento odentológico? 41. ¿Le la consume medicamentos actualmento. 41. ¿Le la consume medicamentos actualmento. 42. ¿Esta en tratamiento odentológico? 43. ¿Le consumitó a consume medicamentos actualmento. 43. Alconos consume medicamentos actualmento. 44. ¿E | | | | | | | | |
| 12. Del aparato de la visión 13. Del aparato (pietriculos. Cálculos Billares. Pólipos. Úlcera 14. Hepatita A, B, C. 15. Del aparato registration. Asma. EPOC, Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Esterilidad. a. ¿Realizó tratamiento? 18. Del aparato registration. Asma. EPOC, Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Esterilidad. a. ¿Realizó tratamiento? 18. Diabetes. Sindrome Metabólico 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Esta en tratamiento por adicción a alguna droga? 20. Enfermedades congênitas o hereditarias 21. Enfermedades de cionágeno. Lupus. Esclerofemia. Esclerósis múltiple 23. Hemias. Eventraciones 24. Epilepsia y/o convulsiones 25. ACV - AIT 26. Enfermedades neurodígicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades neurodígicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades neurodígicas o del cerebro. Migrañas 28. Enfermedades posiciópicas o pelquiátricas a. Estavo alguna vez en tratamiento? 29. Actorolismo 30. Ligitações de diplo programa de adeliquazamiento? 40. ¿Libe han propuesto cirugia bariátrica en alguna oportunidad? 51. Alforesciones clinicas (f) 52. Hipertensión arterial 53. Tratamestamiento Accidentes 54. Hipertensión arterial 55. Lumbalgias, Cervicaglias. Hemia de Disco 56. HIV 57. Tratamose o Cáncer 58. Oldra programa de adeliquazamiento? 59. Alforesciones clinicas (f) 50. Alforesciones consume medicamentos actualmente? (###) 59. Alcarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. 60. SERVACIONES. 60. Alforesciones consumerato que la información que entocade as auténcio con o MRR Saud S. Así 61. Alforesciones con incenticas de marca, deliberato a con, incultativa et accordo con AMR Saud S. Así 61. Alforesciones con incultativa en marca, deliberato a con, incultativa et accordo con AM | ,, | | | | | | | |
| 14. Hepatitis A, B, C. 15. Del aparato genital. HPV 16. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Esterilidad. a. ¿Realizó tratamiento? 18. Diabetes. Sindrone Metabólico 19. Drogadicción 19. Esterimendades congeintas o hereditarias 20. Enfermedades congeintas o hereditarias 21. Enfermedades de las arbudaciones. Cola Artrisis. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades de closàgeno. Lupa. Esclerofermia. Esclerisis múltiple 23. Hermas. Eventraciones 24. Epilepsia y/o convulsiones 25. ACV. AIT 26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades peciológicas o pisquiáriticas e, Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastomos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad 29. Lingresos aligni programa de adelgazamiento? 20. Lingresos aligni programa de adelgazamiento? 20. Alcoholismo 21. Enfermedades norexia de adelgazamiento? 22. Alcoholismo 23. Habitio de fumar 24. Enfermedades congeinidas (###) 25. Alcoholismo 26. Alcoholismo 27. Tumores o Cáncer 28. Alcoholismo 29. Alcoholismo 30. Intrastomos clínicas (#) 31. Internaciones clínicas (#) 32. Trastomos alimentarios adelades (####) 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (####) 36. Orras patologias no mencionadas (####) 37. Tumores o Cáncer 38. Otras patologias no mencionadas (####) 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (#####) 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (#################################### | | | | | | | | |
| 15. Del aparato genital. HPV 16. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 1 | 13. Del aparato digestivo. Divertículos. Cálculos Biliares. Pólipos. Úlcera | | | | | | | |
| 16. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras 17. Esterilidad. a. ¿Realizó tratamiento? 18. Diabetes. Sindrome Metabólico 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Drogadicción 19. Este in tratamiento por adicción a alguna droga? 20. Enfermedades congénitas o hereditarias 21. Enfermedades de las articulaciones. Gota. Artrits. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades de lo ciólageno. Lupus. Esclerodermia. Esclerásis múltiple 23. Hemias. Eventraciones 24. Epilepsia y/o convulsiones 25. ACV - AIT 26. Enfermedades neurológicas o del coretvo. Migrañas 27. Enfermedades neurológicas o pisquiátricas ¿ Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastornos alimentarios. Anorexia. Bullimia. Obesidad 29. Zirastornos alimentarios. Anorexia. Bullimia Obesidad 20. ¿Ingreso a algín programa de adelgazamiento? 20. ¿Le han propuesto cirugla baristrica en alguna oportunidad? 20. Alcholismo 30. Hábito de fumar 31. Internaciones clínicas (#) 31. Internaciones clínicas (#) 32. Pisperensión arterial 33. Traumátismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (##) 35. Cumbalgias. Cervicalgias. Hemia de Disco 36. HIV 37. Tumores o Cáncer 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está trantamiento docntológico? 41. Cellaquia 42. ¿Está en tratamiento do entratamiento. BOSEFUACIONES: ################################### | 14. Hepatitis A, B, C. | | | | | | | |
| 17. Esternilidad. a. ¿Realizó tratamiento? b. ¿Esté no tratamiento o en espera para realizarlo? 18. Diabetes. Sindrome Metabólico 19. Drogadicción a. ¿Estivo alguna evez en tratamiento por adicción a alguna droga? 20. Enformedades congénitas o herecitiarias 21. Enformedades de las articulaciones. Gota. Artifis. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enformedades de las articulaciones. Gota. Artifis. Artrosis ¿Realizó estudios? 23. Hernias. Eventraciones 24. Epílepsia y/o convulsiones 25. ACV - AIT 26. Enformedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enformedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enformedades psicológicas o psiquiáricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastomos alimentarios. Anorexáa. Bullimia. Obesidad 2. ¿Estivo o está en tratamiento? 29. Alcoholismo 30. Hábito de fumar 30. Hábito de fumar 30. Habito de fumar 31. Internaciones clínicas (f) 32. Hipertensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervaciones cultiroses directas en alguna de contrologico? 36. HIV 37. Tumores o Cancer 38. Otras patologias no enacionadas (###) 39. Consumido consume medicamentos acualmente? (###) 40. ¿Tiene o está trantilando Certificado de Discapacida? 41. Cellaquía 42. ¿Está en tratamiento dontológico? 43. ¿Ha consultado álgúna no endicion que a micedes es auferita; y loma conocimiento de que a plaquer faceta, topo de cingia y médico tratamien. Baltanto de la porte de la porte de la porte de la pueza conocimiento de que a plaquer faceta, topo de cingia y médico tratamie. | 15. Del aparato genital. HPV | | | | | | | |
| 18. Diabetes. Sindrome Metabolico 18. Diabetes. Sindrome Metabolico 19. Drogaticion 19. Drogaticion 19. Drogaticion 19. Drogaticion 19. Drogaticion 19. Drogaticion 19. Estuvo alguna vez en tratamiento por adicción a alguna droga? 20. Enfermedades congénitas o hereditarias 21. Enfermedades de lea articulaciones. Cotta. Artivits. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades de los africulaciones. Cotta. Artivits. Artrosis ¿Realizó estudios? 23. Hernias. Eventraciones 24. Eplipesia y los convulsiones 25. ACV - AIT 26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades psicológicas o púsiculáricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastomos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad 29. Lignesos a algún programa de adelgazamiento? 20. ¿La han propuesto cirugia bariátrica en alguna oportunidad? 29. Actoholismo 30. Hábito de fumar 31. Internaciones culinicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quírurgicas (##) 35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hernia de Disco 36. HIV 37. Tumores o Cáncer 38. Oras patologias no mencionadas (###) 39. Consumio o consume medicianentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o esta tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Cellaquía 42. ¿Está en tratamiento o consume medicianentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o esta tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Cellaquía 42. ¿Está en tratamiento o dontológico? 43. ¿Ha consultado algún a médico la especialista en los últimos 6 meses? (###) 40. ¿Tiene o esta tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Cellaquía 42. ¿Está en tratamiento o dontológico? 43. ¿Ha consultado algún a médico la especialista en los últimos 6 meses? (###) 40. ¿Tiene o esta tramitando de ringia y médico tratante. ################################### | 16. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras | | | | | | | |
| 18. Diabetes. Sindrome Metabólico 19. Drogadicción 19. Drogadicción 20. Enfermedades or Intalmiento por adicción a alguna droga? 20. Enfermedades de las articulaciones. Cota. Artiris. Artrosis ¿Realizó estudios? 21. Enfermedades de los articulaciones. Cota. Artiris. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades de los articulaciones. Cota. Artiris. Artrosis ¿Realizó estudios? 23. Hermias. 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. Trastonos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad 29. Enfermedades psicológicas o psiquiátricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 20. ¿Ingresó a algún programa de adelgazamiento? 20. ¿Le han propuesto circuja bariátrica en alguna oportunidad? 21. Handrosonos cilricas (#) 23. Hiportensión arterial 23. Traumatismos cilricas (#) 24. Enfermedades está metamiento de programa de adelgazamiento? 25. ACV - AIT 26. La handrosonos cilricas (#) 27. Enfermedades psicológicas o psiquiátrica en alguna oportunidad? 28. Tastonos alimentarios cilricas (#) 29. Alcoholismo 20. Hábito de furmar 20. Hiportensión arterial 20. El intervenciones cilricas (#) 20. El intervenciones cilricas (#) 20. El intervenciones quiririgicas (##) 20. Carcialgias. Hernia de Disco 20. Limbalgigias. Cervicalgias. Hernia de Disco 20. Limbalgigias. Cervicalgias. Hernia de Disco 20. Limbalgigias. Cervicalgias no mencionadas (###) 20. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 20. Carcialgias no mencionadas (###) 20. Carcialgias n | 17. Esterilidad. a. ¿Realizó tratamiento? | | | | | | | |
| 19. Drogadicción a. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento por adicción a alguna droga? 21. Enfermedades congénitas o hereditarias 21. Enfermedades del colágeno. Lupus. Esclerodernia. Esclerósis múltiple 22. Enfermedades del colágeno. Lupus. Esclerodernia. Esclerósis múltiple 23. Hernias. Eventraciones 24. Epilepsia y/o convulsiones 25. ACV - AIT 26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades psicológicas o psiquiátricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastornos alimentarios. Anorexia. Bulinia. Obesidad a. ¿Estuvo o está en tratamiento? b. ¿Ingresó à algún programa de adelgazamiento? c. ¿Le han propuesto cirugía bariátrica en alguna oportunidad? 29. Alcoholismo 30. Hábito de fumar 31. Internaciones cilinicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (##) 35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hernia de Disco 36. HIV 37. Tumores o Cáncer 38. Oras patologias no mencionadas (###) 39. Consumio o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Celiaquía 42. ¿Está en tratamiento contológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ##) actarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. OBSERVACIONES: #################################### | | | | | | | | |
| a. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento por adicción a alguna droga? 20. Enfermedades congénitas o hereditarias 21. Enfermedades de las articulaciones. Gota. Artifis. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades de lo colágeno. Lupus. Esclerodermia. Esclerósis múltiple 23. Hernias. Eventraciones 24. Epilepsia y/o convulsiones 24. Epilepsia y/o convulsiones 25. ACV - AIT 26. Enfermedades neurofógicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades psicológicas o psiquiárticas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastromos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad a. ¿Estuvo o está en tratamiento? b. ¿Ingresó a algún programa de adelgazamiento? c. ¿Le han propuesto cirugia barátrica en alguna oportunidad? 29. Alcoholismo 30. Hábito de fumar 31. Internaciones clínicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quiririgicas (##) 35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hernia de Disco 36. HIV 37. Tumores o Câncer 38. Oras patologias no mencionadas (###) 39. Ocossumó o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Cellaquía 42. ¿Está en tratamiento dontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (##) actarra rícha, tipo de cirugia y médico tratamiento. (##) actarra rícha, pio de cirugia y médico tratamie. (##) actarra rícha, pio de cirugia y médico tratamie. (##) actarra rícha, pio de cirugia y médico tratamie. (##) actarra rícha, pio de cirugia y médico tratamie. (##) actarra rícha, pio de cirugia y médico tratamie. (##) actarra rícha hipo de cirugia y médico tratamie. (##) actarra ríchia, pio de cirugia y médico tratamie. (##) actarra ríchia, pio de cirugia y médico tratamie. (##) actarra ríchia, pio de cirugia y médico tratamie. | | | | | | | | |
| 20. Enfermedades congénitas o hereditarias 21. Enfermedades de las articulaciones. Cotta. Artritis. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades del colágeno. Lupus. Esclerodermia. Esclerósis 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. ¿Ingreso à 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 Câncer 38. Otras patologias no mencionadas (###) 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está tranitando Certificado de Discapacidad? 41. Celiaquia 42. ¿Está en tratamiento o dontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médicola especialista en los últimos 6 meses? (###) COSERVACIONES: ###) aclarar cuales PILADO ***HILADO *********************************** | | | | | | | | |
| 21. Enfermedades de las articulaciones. Gota. Artriús. Artrosis ¿Realizó estudios? 22. Enfermedades del colágeno. Lupus. Esclerodermia. Esclerósis múltiple 23. Hemias. 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. Trastomos alimentarios. Anorexía. Bulimia. Obesidad 29. Zestuvo o está en tratamiento? 20. ¿Le han propuesto cirugia bariátrica en alguna oportunidad? 29. Alcoholismo 30. Hábito de fumar 31. Internaciones clínicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Trasumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (##) 35. Lumbaglias. Cervicalgias. Hemia de Disco 36. HIV 37. Tumores o Câncer 38. O'ras patológias no mencionadas (###) 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) COSSERVACIONES: ################################### | | | | | | | | |
| 22. Enfermedades del colágeno, Lupus. Esclerodermia. Esclerósis múltiple 23. Hernias. Eventraciones 24. Epilepsia ylo convulsiones 25. ACV - AIT 26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades pescológicas o psiquiátricas à Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastomos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad a. ¿Estuvo o esta en tratamiento? b. ¿Ingresó a algún programa de adelgazamiento? c. ¿Le han propuesto cirugia bariátrica en alguna oportunidad? c. ¿Le han propuesto cirugia bariátrica en alguna oportunidad? 30. Hábito de fumar 31. Internaciones clínicas (#) 31. Internaciones clínicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumafismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (##) 35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hernia de Disco 36. HIV 37. Tumores o Câncer 38. Otras patologias no mencionadas (###) 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está tratamiento denticado de Discapacidad? 41. Celiaquía 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ###) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. **OBSERVACIONES:** ####) aclarar fecha, topo de cirugia y médico tratante. **################################## | 3 | | | | | | | |
| 23. Hernias. Eventraciones 24. Epilepista ylo 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. Bullimia. Obesidad a. ¿Estuvo e está ne tratamiento? b. ¿Ingresó a algún programa de adelgazamiento? c. ¿Le han propuesto cirugia bariátrica en alguna oportunidad? 29. Alcoholismo 30. Hábito de fumar 31. Internaciones clínicas (#) 31. Pieprensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quirirgicas (##) 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. Ald consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ################################ | - | | | | | | | |
| 25. ACV - AIT 26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades psicológicas o psiquiátricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trasfornos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad a. ¿Estuvo o está en tratamiento? b. ¿Ingresó a algún programa de adelgazamiento? c. ¿Le han propuesto cirugla 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 patologias no mencionadas (###) 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Celiaquia 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ØBSERVACIONES: ################################### | | | | | | | | |
| 26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas 27. Enfermedades psicológicas o psiquiátricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastomos alimentarios. Anorexia. Bulinia. 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. Habito de furnar 31. Internaciones clínicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumalismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (##) 35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hernia de Disco 36. HIV 37. Tumores o Cáncer 38. Otras patologias no mencionadas (###) 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Celiaquia 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) OBSERVACIONES: ####) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ####) aclarar fecha, fipo de cirugía y médico tratante. ##### aclarar cuáles OBSERVACIONES: #################################### | 24. Epilepsia y/o convulsiones | | | | | | | |
| 27. Enfermedades psicológicas o psiquiátricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento? 28. Trastomos 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 clinicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (##) 35. Lumbalgias. Cervicalgías. 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) OBSERVACIONES: ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ####) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ####) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ####) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ####) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ####) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ####) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. #### aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. #### aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ##### aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. | 25. ACV - AIT | | | | | | | |
| 28. Trastornos alimentarios. Anorexia. Bulimia. Obesidad a. ¿Estuvo o está en tratamiento? b. ¿Ingresó a algún programa de adelgazamiento? c. ¿Le han propuesto cirugia bariátrica en alguna oportunidad? 29. Alcoholismo 30. Hábito de fumar 31. Internaciones clínicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quirurgicas (##) 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. Celiaquia 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ## aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ### aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ### aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico tratante. ### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico tratante. #### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico fratante. #### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico fratante. #### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico fratante. #### aclarar cuáles BUSERVACIONES: ### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico fratante. #### aclarar cuáles #### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico fratante. #### aclarar fecha, tipo de cirugia y médico fratante. #### aclarar secha, tipo de cirugia y médico fratante. | 26. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas | | | | | | | |
| 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. Lumbalgías. Cervicalgías. Hemia 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ©BSERVACIONES: ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. | | | | | | | | |
| 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. Hemia 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. Celiaguía 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ##) aclarar fecha, çausa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, qausa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, qausa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. | | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ##) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ####) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. #### aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ##### aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ################################### | . 6 | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ###) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. OBSERVACIONES: ### aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, ino de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, nipo de cirugía y médico tratante. | | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ##) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inpo de cirugía y médico tratante. | | | | | | | | |
| 31. Internaciones clínicas (#) 32. Hipertensión arterial 33. Traumatismos / Accidentes 34. Intervenciones quirúrgicas (##) 35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hemia 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, ipo de oirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, ipo de oirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, ipo de oirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, ipo de oirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, ipo de oirugía y médico tratante. (##) aclarar fecha, ipo de oirugía y médico tratante. | | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ##) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, ipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. ### aclarar fecha, inipo de cirugía y médico tratante. | | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) ##) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. ##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ##) aclarar fecha pio unamento que la información que antecede es auténtica y toma conocimiento de que caudiquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará el acuerdo con AMR Salud S.A. sin | ` ' | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. ###) 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 zualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará el acuerdo con AMR Salud S.A. sin | 33. Traumatismos / Accidentes | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (##) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. | 34. Intervenciones quirúrgicas (##) | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. | 35. Lumbalgias. Cervicalgias. Hernia de Disco | | | | | | | |
| 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. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. (###) aclarar fecha, tipo de cirugía y médico tratante. | | | | | | | | |
| 39. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###) 40. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Celiaquía 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) 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 | | | | | | | | |
| 40. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad? 41. Celiaquía 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) 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 | | | | | | | | |
| 41. Celiaquía 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) 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 | , , | | - | | | | | |
| 42. ¿Está en tratamiento odontológico? 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) 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 | | | | | | | | |
| 43. ¿Ha consultado algún/a médico/a especialista en los últimos 6 meses? (###) (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) 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 | | | | | | | | |
| (#) aclarar fecha, causa y si sigue en tratamiento. (##) 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 | <u> </u> | | | | | | | |
| ##) 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 | | <u> </u> | | | | | | |
| ###) 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 | (ii) adiatar redria, educa y or eigue eri tratarmente. | | | | | | | |
| 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 | (##) aclarar fecha, tipo de cirugia y médico tratante. ———————————————————————————————————— | | | | | | | |
| cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará el acuerdo con AMR Salud S.A. sin | , | niento de que | ΔΕΙΙΙΔΝΩ | | | MÉDICO AUDITOR | | |
| | cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará el acuerdo con AMR | Salud S.A. sin | | | | | | |

Para uso exclusivo de AMR Salud

Aceptada con preexistencias, detallar patología/s:

Carencia asignada: