

# 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, 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. Angina de pecho. Insuf. card. Arritmias.						
04. FUM (Fecha Última Menstruación).						
05. Partos. Cesáreas.						
06. Abortos espontáneos.						
07. Embarazo actual.						
08. De la piel. Vitiligo. Cáncer. Verrugas. Psoriasis. Otras.						
09. De la sangre u órganos linfáticos. Leucemia. Mieloma. Anemia. ELA. Otras.						
10. De las glándulas: Tiroides. Hipófisis. Suprarrenales. Bocio. Nódulos.						
11. De las vías urinarias. Próstata. Riñones. Vejiga. Incontinencia. Cálculos.						
12. De nariz, garganta y oídos.						
13. Del aparato de visión. Miopía. Astigmatismo. Glaucoma. Cataratas. Queratocono.						
14. Del aparato digestivo. Divertículos. Cálculos Biliares. Pólipos. Úlcera. Celiaquía.						
15. Hepatitis A, B, C.						
16. Del aparato genital. HPV.						
17. Del aparato respiratorio. Asma. EPOC. Fibrosis Pulmonar. Otras.						
18. Esterilidad. a. ¿Realizó tratamiento?						
b. ¿Está en tratamiento o en espera para realizarlo?						
19. Diabetes. Síndrome Metabólico.						
20. Drogadicción.						
a. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento por adicción a alguna droga?						
21. Enfermedades congénitas o hereditarias.						
22. Enf. de articulaciones. Gota. Artritis. Artrosis. Lesión ligamentosa o meniscal.						
23. Enf. del colágeno. Lupus. Esclerodermia. Esclerósis múltiple. Artritis reumatoidea.						
24. Hernias. Eventraciones.						
25. Epilepsia y/o convulsiones.						
26. ACV - AIT. Secuelas.						
27. Enfermedades neurológicas o del cerebro. Migrañas.						
28. Enfermedades psicológicas o psiquiátricas. ¿Estuvo alguna vez en tratamiento?						
29. 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?						
30. Alcoholismo.						
31. Hábito de fumar.						
35. Internaciones clínicas. No relacionada a partos, cesáreas o cirugías. (#)						
33. Hipertensión arterial.						
34. Traumatismos / Accidentes.						
35. Intervenciones quirúrgicas. Cirugías estéticas. (##)						
36. Lumbalgias. Cervicalgias. Escoliosis. Hernia de Disco.						
37. HIV.						
38. Tumores o Cáncer.						
39. Otras patologías no mencionadas. (###)						
40. ¿Está en tratamiento odontológico?						
41. Consumió o consume medicamentos actualmente? (###)						
42. ¿Tiene o está tramitando Certificado de Discapacidad?						
43. ¿Consultó a 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 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: .....