

# DECLARACION JURADA DE SALUD



**SEGUROS**  
Caja de Médicos

Solicitante:.....Matrícula Nro.:.....

Fecha de nacimiento ...../...../..... D.N.I.:

**MUY IMPORTANTE:** Este documento deber ser completado de puño y letra por el solicitante, dando respuesta a la totalidad de las preguntas y datos solicitados. La presente Declaración de Salud debe ser llenada previa lectura del Art.5° de la Ley de Seguros N° 17.418 que dice: **“Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurable, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hacen nulo el seguro”.**

## Antecedentes de Salud

GRUPO FAMILIAR	EDAD ACTUAL	ESTADO DE SALUD - SI NO FUERA BUENO ENFERMEDAD QUE PADECE	EDAD AL MORIR	CAUSA DE LA MUERTE
PADRE				
MADRE				
HERMANOS				
CONYUGE				
HIJOS				

Las siguientes preguntas deben marcarse con una X en los cuadros Si/No y **TODAS LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS deben ser aclaradas convenientemente en el cuadro respectivo al final del cuestionario**, indicando el N° de la pregunta e incluyendo, fechas, diagnóstico, secuelas y todo otro detalle de importancia. En caso de considerar superada la dolencia, debe consignar: **“Me considero curado y sin secuelas ni recidivas.”**

1. ¿Hubo en su familia (CONSANGUINEA) casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis, enfermedades cardiovasculares? En caso afirmativo indicar enfermedad y parentesco Si  No
2. ¿Practica deportes o alguna actividad física? ¿Cuáles? Si  No
3. ¿Consume habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas? Indique cantidad y/o frecuencia: Si  No   
 Nunca  Ocasionalmente  
 Hasta ½ lt..diario  Mas de ½ lt.diario, etc.
4. ¿Bebió en alguna época en exceso? Aclare período y si necesitó tratamiento. Si  No
5. a) ¿Fuma? Indique cantidad y/o frecuencia: Si  No   
 Nunca  Ocasionalmente  
 Hasta 10 cigarrillos diarios  Mas de 10 cigarrillos diarios.  
 b) ¿Ha fumado en alguna época? Aclare período, cantidad y frecuencia Si  No
6. Necesita o necesitó hacer uso de sedantes (OPIO, MORFINA, COCAINA, VERONAL, etc.) Detalle. Si  No
7. Indique su PESO(vestido)..... kg. y ESTATURA.....cm. (actuales y exactos).
8. Ha tenido cambios importantes en su peso (más de 10 kilos) recientemente o en los últimos años: ¿cuántos kilos?:..... Si  No
9. Indique sus cifras de PRESION ARTERIAL máxima..... mínima.....
10. Si ha sufrido en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias, señale con una cruz el casillero respectivo:
 

<input type="checkbox"/> Acidez o dolores de estómago	<input type="checkbox"/> Asma o fatiga respiratoria
<input type="checkbox"/> Cólicos intestinales	<input type="checkbox"/> Convulsiones o temblores
<input type="checkbox"/> Deposiciones con sangre	<input type="checkbox"/> Vómitos con sangre
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Dolores articulares
<input type="checkbox"/> Dolores persistentes de cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos frecuentes
<input type="checkbox"/> Opresión o palpitaciones	<input type="checkbox"/> Ganglios inflamados
<input type="checkbox"/> Hinchazón de piernas	<input type="checkbox"/> Ulceraciones genitales
<input type="checkbox"/> Secreciones genitales	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Diarreas frecuentes o crónicas	<input type="checkbox"/> Ronquera persistente
<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Sudoración excesiva
<input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/> Expectोरaciones con sangre
<input type="checkbox"/> Fiebre nocturna	<input type="checkbox"/> Problemas en la piel
11. Si padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades, indíquelo en la casilla pertinente:
 

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón
<input type="checkbox"/> Embolias	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedades de riñón ó vejiga
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Pleuresía	<input type="checkbox"/> Enfermedades de hígado o vesícula
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Enfermedades dermatológicas
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Tumores	<input type="checkbox"/> Enfermedades del estómago o intestinos
<input type="checkbox"/> Dispepsia	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Enfermedad de ojos,garganta,nariz u oídos
<input type="checkbox"/> Artrosis/ artritis	<input type="checkbox"/> Columna/ vertebras	<input type="checkbox"/> Anquilosis de algún tipo
12. Sufrió de otras afecciones o enfermedades no mencionadas precedentemente? Aclare fechas, duración, síntomas y secuelas Si  No

25. ¿Cuándo consultó a un facultativo por última vez?  
Indique fecha y motivos.....

- 13. ¿Le han realizado estudios o análisis especiales que no fueran de rutina y/o cuyo resultado fuera anormal? Si  No
- 14. ¿Se halla o estuvo sometido a regímenes alimenticios? Señale causas, fechas y motivos Si  No
- 15. ¿Ha sufrido algún accidente, herida u operación quirúrgica? Detalle. Si  No
- 16. ¿Se ha inyectado alguna vez drogas que no fueran prescriptas profesionalmente por otro facultativo? Si  No
- 17. ¿Estuvo internado en algún nosocomio, asilo o estación climática? Indicar cuándo, dónde y porqué. Si  No
- 18. ¿Adolece de algún defecto físico (cojera, amputación, prótesis, etc.)? Si  No
- 19. ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? Aclare motivos Si  No
- 20. ¿Cambió Ud. de residencia, profesión o especialidad por razones de salud? Si  No
- 21. ¿Practica o emplea la aviación en vuelos no regulares? Detalle. Si  No
- 22. ¿Durante los últimos diez años ha residido en otro país? Menciónelo/s. Si  No
- 23. ¿Está Ud. actualmente en tratamiento médico? Si  No
- 24. ¿Quién es su médico de consulta y/o de tratamiento?  
.....

26. ¿Está tomando o le suministran alguna medicación? Aclárelo convenientemente, indicando medicamento, frecuencia y dosis. Si  No

27. ¿Ha consultado o esta consultando a causa del SIDA o sospecha de la posibilidad de contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o se le ha tratado o se está tratando como consecuencia de este síndrome? Si  No

28. ¿Tiene Ud. alguna dificultad para el desempeño normal de sus tareas habituales? Si  No

29. ¿Ha solicitado o percibido alguna vez indemnizaciones por incapacidad de cualquier tipo? Si  No

30. ¿Ud. considera que actualmente se encuentra sano? Si  No

31. Posee cobertura médica? Indique Entidad (Obra social, prepaga, etc.) y número de afiliado Si  No

**Complemento de Salud femenino**

- 1) ¿Sus embarazos y partos han sido normales? Si  No
- 2) ¿Está Ud. embarazada? Si es afirmativo aclare de cuantos meses: ..... Si  No
- 3) ¿Ha tenido trastornos/problemas serios en la menstruación, genitales o pechos? Si  No
- 4) ¿Se encuentra actualmente con problemas menopáusicos? Si  No

**CUADRO PARA ACLARACION DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS**

Pregunta N°	ACLARACIÓN (INDIQUE FECHAS, DIAGNOSTICO Y SECUELAS)
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Autorizo a CAJA DE MEDICOS SEGUROS, a solicitar cualquier tipo de informes sobre mis antecedentes clínicos. A tales efectos, dejo expresa constancia que relevo del secreto profesional a los médicos o Instituciones públicas y privadas que me han examinado o asistido o que lo puedan hacer en el futuro, para suministrar informes acerca de mi salud.

**DECLARO QUE HE COMPLETADO DE PUÑO Y LETRA LAS CONTESTACIONES CONSIGNADAS EN ESTE FORMULARIO Y LAS CONSIDERO VERÍDICAS, PRECISAS Y COMPLETAS.**

Lugar y fecha: .....

Firma del solicitante:.....

Aclaración.....

**LA RECEPCIÓN DE ESTA DECLARACIÓN NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO (ART. 4 LEY 17.418)**