

ANEXO I DECLARACION JURADA MAYORES

El presente formulario deberá ser completado por cada integrante del grupo familiar.-

FECHA DE PRESENTACION

/ /

APELLIDO Y NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/..... /..... **TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:**

..... **EDAD:**.....

DOMICILIO:..... **NUMERO**.....**BARRIO**.....

LOCALIDAD.....**CÓD. POSTAL**..... **TELÉFONO**..... **ENTIDAD AFILIATORIA**.....

NACIONALIDAD:.....**EMAIL:**.....

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Está bajo atención médica?..... ¿Por
quién?.....

¿Por qué enfermedad?

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis
meses?.....

En este momento: ¿tendrá algún motivo para consultar a algún médico?.....
¿Cuál?.....
.....

Hábitos fisiológicos

¿Se alimenta con 4/5 | SI | NO | ¿Con qué se alimenta mayoritariamente?.....
comidas diarias?

Talla:

Peso:

¿Incluye desayuno? | SI | NO |

¿Tiene sueño tranquilo? | SI | NO | Horas de sueño:

¿Tiene constipación? | SI | NO |

¿Realiza algún deporte? | SI | NO | ¿Cuál?.....

Hábitos tóxicos

¿Fuma? | SI | NO | Desde cuándo:.....

Cantidad por día:.....

¿Toma bebidas alcohólicas? | SI | NO | ¿Cuáles?:

¿Cuándo?:

¿Cuánto?:

¿Consume drogas? | SI | NO | ¿Cuáles?:.....

¿Se auto médica? | SI | NO | Medicación:

Frecuencia:.....

Antecedentes gineco-obstétricos

Edad en que menstruó por primera vez (menarca):

Fecha de la última menstruación: / /

¿Tiene alteraciones menstruales? | SI | NO |

¿Embarazos? | SI | NO | ¿Cuántos?Parto normal:

Cesáreas:Abortos:

Tiene una patología mamaria? | SI | NO | ¿Cuáles?:.....

Antecedentes familiares

¿Tiene o han tenido sus parientes (considerar madre, padre, hermanos, cónyuges e hijos) algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	SI NO	¿QUIEN?
Artritis	-----	-----
Enf. Inmunológica (¿Cuál?)	-----	-----
Cáncer (¿Cuál?)	-----	-----
Enfermedad cardíaca (¿Cuál?)	-----	-----
Tensión alta	-----	-----
Enfermedad renal (Urinarias)	-----	-----
Tuberculosis	-----	-----
Enfermedades Mentales	-----	-----
Enf. Hereditarias – Genéticas	-----	-----

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

¿Tiene o ha tenido algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	SI NO	¿CUAL?
Diabetes	-----	-----
Hipertensión	-----	-----
Enfermedad cardíaca	-----	-----
Alergia Asma	-----	-----
Cálculos renales	-----	-----
Infección urinaria	-----	-----
Chagas	-----	-----
Brucelosis	-----	-----

- Toxoplasmosis -----
- Tras. Psiquiátricos -----
- Tras.de la marcha -----
- Enf.Transm.sexual -----
- Alt. Endocrinas -----
- Artritis -----
- Enf. Piel -----
- Epilepsia -----
- Tuberculosis -----
- Úlcera gástrica -----
- Gastritis -----
- Hemorroides -----
- Hernias -----
- Sinusitis -----
- Cáncer o Tumores -----
- Várices -----
- Discapacidad/incapacidad -----

Otras patologías o antecedentes de salud que deba manifestar

¿Requiere algún medio especial para trasladarse?.....

Tiene colocado algún dispositivo médico (implantes, prótesis, etc.).....

....

¿Tiene o ha tenido alguna vez?

- | | SI NO | ¿CUAL? |
|-------------------|--------------|---------------|
| Mareos o desmayos | ----- | ----- |
| Falta de aire | ----- | ----- |
| Convulsiones | ----- | ----- |

- Palpitaciones -----
- Dolores de Cabeza -----
- Acidez -----
- Neuralgia o neuritis -----
- Dificultad para orinar -----
- Depresión -----
- Sangre en orina -----
- Tras. Oculares -----
- Articulac. Hinchadas -----
- Supuración de oídos -----
- Lumbalgia -----
- Resfríos Frecuentes -----
- Ciatalgia -----
- Tos Crónica -----
- Desv. De Columna -----
- Sudores nocturnos -----
- Fracturas -----
- Pérdida de peso -----
- Traumatismos -----
- Dolores en el pecho -----
- Cirugías -----
- Temblores -----
- Internaciones -----
- Debilidad muscular -----

La aceptación de toda solicitud de afiliación queda supeditada a su aprobación por parte del Instituto Provincial de Salud de Salta el cual podrá observarla o rechazarla a su exclusivo criterio. Los interesados en ingresar deberán efectuar esta DECLARACIÓN JURADA DE SALUD sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva. La falsedad u omisión de alguna enfermedad preexistente en esta Declaración jurada eximirá al INSTITUTO del reconocimiento de los gastos que ocasione su tratamiento, sin perjuicio de la reparación - por parte del titular - de los gastos que hubiera ocasionado.

Declaro bajo juramento que mi intervención como profesional Médico de la salud ha sido solo a efectos de instruir y explicar los alcances de la DDJJ al futuro afiliado, para su mayor precisión en la información de su Ficha Médica.

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndome a su verificación y hadándome responsable a toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al Régimen Legal (ArtN0 293 del CÓDIGO PENAL) y reglamentación específica del IPSS las que declaro conocer.

.....
Firma y Sello Profesional

.....
Firma y Aclaración Afiliado Titular

.....
Lugar y Fecha