



DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Quien suscribe, _____, N° de Legajo _____, con el objeto de dar cumplimiento a los requisitos de incorporación al Sistema de Salud C.A.S.A., declara conocer y aceptar las normas del Reglamento y el Plan de Cobertura al que se adhiere. Asimismo que C.A.S.A. podrá aplicar un valor de cuota diferencial por las enfermedades, patologías y/o antecedentes médicos preexistentes. Declara expresamente conocer la cláusula 4 del Reglamento de Contratación que en su parte pertinente dice "En caso de ocultamiento de enfermedades preexistentes, patologías, cirugías y todo tratamiento realizado por el aspirante y su grupo familiar, constituye la falsedad de la declaración, generando sin más el derecho resolutorio y/o nulidad de la contratación para el todo el grupo familiar"

A dichos efectos, a continuación denuncia las enfermedades, lesiones o intervenciones que ha padecido: (Marque con un "X")

Titular Familiar: Apellido y Nombres: _____

INDIQUE SI PADECE O HA PADECIDO ALGUNA VEZ DE: (Marque con una "X")

1	Agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
2	Lesión del tabique, atrofias, dificultad respiratoria, sinusitis; ronquera, disfonías, nódulos; otitis, sordera u otros. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
3	¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de tratamiento odontológico (Por Ej.: ortodoncia, periodoncia, prótesis, etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Causa: _____ Cuando: _____
4	Asma, bronquitis, tos persistente, pleuresía, tuberculosis, expectoración de sangre o cualquier trastorno de garganta o pulmones. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
5	Infarto, dolores de pecho, hipertensión o cualquier enfermedad del corazón o vasos sanguíneos, trastornos circulatorios, etc.: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
6	Enfermedad del hígado, páncreas, esófago, estómago o duodeno, intestino; hemorroides, úlceras, hernias, divertículos, pólipos y megacolon. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
7	Alguna enfermedad de riñones, vejiga o de los órganos genito-urinarios (próstata en hombres). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
8	a) ¿Ha padecido o padece actualmente alguna afección del útero, ovarios, senos u órganos genitales? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____ Fecha última menstruación: ____/____/____.-
	b) ¿Ha perdido algún embarazo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuando: _____
9	a) ¿Está usted embarazada? Si responde SI : Por favor indique la fecha prevista de parto: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha prevista para el parto: ____/____/____.-
	b) ¿El embarazo ha transcurrido con normalidad hasta la fecha? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
10	Anemia, agrandamiento ganglionar, trastornos de la médula ósea, hemofilia y trastornos de la coagulación. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
11	Eczema, psoriasis, cáncer de piel u otros. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
12	Enfermedad, dolor o trastorno de los músculos, huesos, articulaciones, miembros o columna (incluyendo artritis, gota, reumatismo, fiebre reumática o hernia de disco). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
13	Algún espasmo, desmayos, parálisis, dolores de cabeza, enfermedad neurológica, epilepsia, vértigo, neuritis o temblor. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
14	Diabetes, bocio, enfermedades del crecimiento, paratiroides, hipófisis, suprarrenales y tiroides. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Fecha de diagnostico: ____/____/____.-

SIGUE AL DORSO

CUESTIONARIO GENERAL: (Marque con una "X")

15	Alteraciones metabólicas del ácido úrico, colesterol, lípidos, etc. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
16	¿Ha aumentado o disminuido su peso en el último año más de 5 kilos? Indique peso y talla: _____ Si responde SI , proporcione detalles incluyendo la cantidad y causas. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17	Algún tipo de ansiedad, bulimia, anorexia, depresión, delirio o enfermedad psiquiátrica. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____ Tratamiento recibido: _____
18	¿Ha consumido alguna vez o consume actualmente drogas para otro propósito que no sea médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cuales: _____ Cuando: _____
19	¿Fuma? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Desde cuando: _____ Cuantos cigarrillos por día: _____
20	¿Está recibiendo actualmente algún tipo de tratamiento por parte de un médico o institución médica no mencionados anteriormente, incluyendo dieta especial, corticoides, anticoagulante, homeopático, insulina, etc.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Especifique dosis: _____
21	Toxoplasmosis, chagas, hepatitis B, C, HIV u otras enfermedades infecciosas. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Fecha de diagnostico: ____/____/____.-
22	¿Pertenece usted o alguna vez perteneció a alguno de los grupos de alto riesgo de infección por el HIV y sus enfermedades asociadas (SIDA)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____
23	¿Se ha sometido o ha recibido alguna vez orientación médica, tratamiento, análisis de sangre (incluido análisis de HIV) en relación con alguna infección por el HIV y/o sus enfermedades asociadas (SIDA) o sexualmente adquirida? Si responde SI , por favor indique la razón del mismo y su resultado (Ej.: en conexión con seguros, empleo, transfusión de sangre, etc.). <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
24	¿Ha sido sometido o piensa someterse a algún tipo de examen o investigación médica no mencionados anteriormente (Ej.: análisis de sangre, radiografía, electrocardiograma, ecocardiograma, ecografía, electroencefalograma, endoscopia, tomografía computada, resonancia magnética nuclear, centellograma, estudios funcionales, etc.); o padece de alguna enfermedad o incapacidad no expresada anteriormente? Si responde SI , por favor indique la razón del mismo y su resultado. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Cuando: _____
25	¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Causa: _____ Cuando: _____
26	¿Va a ser intervenido quirúrgicamente próximamente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Causa: _____ Cuando: _____
27	¿Ha padecido o padece actualmente cualquier forma o tipo de cáncer, tumor o quiste? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____ Fecha de diagnostico: ____/____/____.- ¿Recibió tratamiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cual: _____

Médico de cabecera: _____

Institución a la que pertenece / Teléfono: _____

Manifiesto que la información suministrada es exacta, teniendo carácter de DECLARACIÓN JURADA.

NOTA: La declaración jurada implica autorizar en forma irrevocable a C.A.S.A. a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. Dicha facultad incluye entre otros la renuncia al amparo en el secreto profesional y el relevamiento del mismo a los médicos y/o todo otro prestador de salud que lo hubieren tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a CASA y /o a los profesionales y/o instituciones a través de los cuales brinda cobertura médico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con al ejecución de las prestaciones a cargo de C.A.S.A.. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el afiliado se obliga a requerirla y proveerla a C.A.S.A. bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá serlo en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas de requerirla. CASA podrá solicitar la presentación de estudios médicos a cargo del aspirante.

Lugar y fecha: _____

Firma del Titular o Responsable