



**REGIMEN ASISTENCIAL**  
**DECLARACIÓN JURADA DE ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES**

Marque el plan al que desee afiliarse:

PLAN

**A**

PLAN

**A Plus**

PLAN

**B**

APELLIDO Y NOMBRE : .....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... DU (DNI).....

EDAD:.....CUIL.....TELÉFONO.....

PESO .....Kg TALLA.....mts MAIL.....

Marcar con una cruz lo que corresponda:

	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿Se halla en la actualidad recibiendo algún tipo de medicamento o ha recibido en los últimos meses? En caso de responder si, detalle los mismos al final del cuestionario.		
2. ¿Ha permanecido internado o ha sido intervenido quirúrgicamente en alguna oportunidad? De ser afirmativo detallar fechas y motivos al final del cuestionario.		
3. ¿Se halla embarazada? En caso afirmativo indique su médico obstetra y fecha probable de parto:		
4. ¿Presenta o ha presentado afecciones de la vista? (Cataratas, glaucoma, miopía, etc.)		
5. ¿Presenta o ha presentado afecciones del oído, nariz o garganta? (perforación de tímpano, adenoides, amigdalitis, otitis a repetición, etc.)		
6. ¿Presenta o ha presentado afecciones respiratorias? (asma bronquial, bronquitis espasmódicas, bronquitis crónicas, enfisema, alergia, etc.)		
7. ¿Presenta o ha presentado problemas cardíacos? (hipertensión arterial, dolor de pecho, arritmias, infartos, cirugías cardíacas, etc.)		
8. ¿Presenta o ha presentado problemas circulatorios? (varices, hemorroides, úlceras varicosas, etc.)		
9. ¿Presenta o ha presentado problemas ginecológicos u obstétricos? (displasia mamaria, nódulos o quiste ovárico, miomas, fibromas uterinos, etc.)		
10. ¿Presenta o ha presentado problemas urológicos o nefrológicos? (agrandamiento prostático, fimosis, varicocele, cólico o calculo renal, etc.)		
11. ¿Presenta o ha presentado problemas osteoarticulares? (artrosis, trastornos musculares, hernia de disco, osteoporosis, fracturas)		
12. ¿Presenta o ha presentado problemas neurológicos? (dolores de cabeza intensos, mareos, desmayos, epilepsia, convulsiones, miastenia, trastornos de la memoria, etc)		
13. ¿Presenta o ha presentado trastornos vinculados a la salud mental o psiquiátricos? Por ejemplo, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, demencia, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, etc). Si consume algún tipo de psicofármaco o medicación para dormir especificar (antidepresivos, ansiolíticos -clonazepam, alprazolam, bromazepam o similares, antipsicóticos, anticonvulsivantes):		
14. ¿Presenta o ha presentado problemas de la sangre? (anemias, afecciones de ganglios, inmunológicas, trastornos de coagulación, etc)		
15. ¿Presenta o ha presentado problemas de la piel? Psoriasis, lunares, tumores, afecciones de labios, y/o encías, alergias, etc.)		
16. ¿Presenta o ha presentado problemas endocrinológicos o del metabolismo? (obesidad, diabetes, gota, hiper o hipotiroidismo, colesterol elevado, etc.)		
17. ¿Presenta o ha presentado hernia inguinal, hiatal, umbilical o crural?		
18. ¿Presenta o ha presentado enfermedades congénitas? Cuales:		



**Caja Notarial**  
**Régimen Asistencial**

19. ¿Presenta o ha presentado trastornos digestivos? (gastritis, ulcera gastroduodenal, hemorragia digestiva, cálculos o cólicos biliares, hepatitis, etc.)		
20. ¿Presenta o ha presentado alguna enfermedad infectocontagiosa? Cuales:		
21. Consumos problemáticos y conductas de riesgo: ¿Presenta o ha presentado en algún momento de su vida consumos problemáticos o conductas que puedan afectar su salud, tales como: tabaco, alcohol, drogas lícitas o ilícitas, trastornos de la conducta alimentaria, juego patológico u otros? en caso afirmativo, especificar tipo de consumo/conducta, período de tiempo y situación actual.		
22. Cualquier otro comentario que considere pertinente agregar que no se haya detallado previamente:		

**TRATAMIENTOS Y MEDICACIÓN QUE RECIBE (detallarlos)**

.....

.....

.....

**EN CASO AFIRMATIVO EN LOS PUNTOS 1 A 22, AMPLIE LA INFORMACIÓN AQUÍ:**

.....

.....

.....

**INTERNACIONES O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (Enunciarlos y detallar fecha)**

.....

.....

.....

.....

**Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son fieles, reales y exactos. Declaro estar en conocimiento de que, en caso de omisión con relación a mi estado de salud, así como toda reticencia, falsedad u omisión de enfermedades o sintomatologías conocidas en las informaciones por mi suministradas en la presente declaración jurada, habilitará a la Caja Notarial a invalidar la cobertura médica.**

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....

**DNI:** .....

Ciudad Autónoma de Buenos Aires ,.....