

Solicitante de Afiliación: Apellido y Nombre: .....

Edad: ..... Estatura: ..... mts. Peso: ..... kgs. Institución Médica que frecuenta: .....

Médico de Cabecera: .....

**Preguntas Generales, en caso afirmativo explique:**

SI/NO

1. ¿Está usted casado o en pareja?

2. ¿Tiene usted y/o su pareja hijos o personas a cargo? Indique edades .....

3. ¿Tiene usted y/o su pareja cobertura médica en otra prepaga u obra social? ¿Cuál? .....

¿Tiene alguno de sus hijos o los de su pareja cobertura médica en otra prepaga u obra social? .....

4. ¿Tiene algún integrante de su grupo familiar y/o de su pareja alguna enfermedad, discapacidad y/o problema congénito? ¿Quién? .....

5. ¿Tiene alguna enfermedad, discapacidad y/o problema congénito? ¿Tiene alguna patología de salud que requiera de atención o intervención médica en la actualidad o en el transcurso del próximo año? .....

6. ¿Está tomando o tomó alguna medicación en el último año? ¿Cuál/es? .....

7. ¿Se sometió a lo largo de su vida a una intervención quirúrgica? ¿Estuvo internado alguna vez? ¿Dónde? .....

8. ¿Tiene alguna enfermedad o cuestión vinculada a la salud que no pueda declarar por escrito y esté dispuesto a conversar confidencialmente con el Departamento Médico? .....

**Preguntas Generales, en caso afirmativo explique:**

9. ¿Ha tenido antecedentes neurológicos, convulsiones, epilepsia, ACV, episodios de parálisis, trastornos en el habla y lenguaje, malformaciones vasculares cerebrales, obstrucciones de carótida? Explique .....

10. ¿Estuvo internado en algún Instituto de salud mental? ¿Sufre de depresión, abuso de alcohol, consume drogas? ¿Se encuentra bajo tratamiento psicológico? Explique e indique nombre del profesional .....

11. ¿Presenta disforia de genero?

12. ¿Presenta alteraciones visuales, disminución de la visión, ceguera, queratocono, glaucoma, problemas de retina? Explique .....

13. ¿Padece de afecciones de garganta, nariz, oído, sordera o disminución de la audición? ¿Necesita audífonos? ¿Presenta algún trastorno en las cuerdas vocales, adenoides, amígdalas, trastornos en el tímpano? Explique .....

14. ¿Sufre de diabetes, enfermedades y/o nódulos en la tiroides? ¿Está en plan de cirugía Bariátrica? ¿Tiroidea? ¿Presenta sudoración excesiva en axilas, manos y pies? ¿Padece déficit de hormona de crecimiento? ¿Osteoporosis? Explique .....

SI/NO

15. ¿Padece de asma, bronquitis crónica o edema? ¿Fuma más de 10 cigarrillos diarios? ¿Ha tenido expectoración con sangre? ¿Padeció tuberculosis, nódulos pulmonares, neumotórax?

Explique .....

16. ¿Se le ha extirpado algún tumor de piel, melanoma? ¿Padeció de cáncer?

Explique .....

17. ¿Ha tenido alteraciones digestivas, litiasis biliar, hepatitis B, C, cirrosis, úlcera gastroduodenal? ¿Se le han practicado colonoscopías? ¿Ha notado pérdidas de sangre por aparato digestivo? ¿Tiene familiares con enfermedad colónica? Explique .....

18. ¿Tiene antecedentes de HTA? ¿Tuvo infarto, angina de pecho, enfermedades valvulares cardíacas, aneurismas de aorta u otra enfermedad cardiológica? ¿Es portador de enfermedades congénitas del corazón? ¿Se le ha practicado un cateterismo, angioplastia y/o spect cardíaco?

Explique .....

19. ¿Padece enfermedades ginecológicas? ¿Tiene o tuvo cáncer de mama? ¿Se ha operado? ¿Le han realizado punciones mamarias, tiene senografías dudosas en los últimos años? ¿Padece nódulos mamarios?

Explique .....

20. ¿Está embarazada? Fecha de última menstruación: ..... / ..... / .....

21. ¿Tuvo abortos? ¿Padece endometriosis, alteraciones en el cuello uterino, PAP positivo? ¿Realizó tratamientos por infertilidad? ¿Tiene o tuvo problemas para tener hijos?

Explique .....

22. ¿Padece de afecciones musculares o de los huesos? ¿Escoliosis, artrosis de cadera o de rodilla, patología de columna (artrosis, listesis, enfermedad discal)? ¿Tiene enfermedad de las articulaciones con problemas de ligamentos a nivel de rodilla, hombro o pie? ¿Patología meniscal?

Explique .....

23. ¿Padece de enfermedades congénitas o hereditarias, reumatológicas? ¿Padece de Lupus, psoriasis, artritis, espondilitis o alguna otra enfermedad? ¿Padece de HIV, sífilis o alguna otra enfermedad infectocontagiosa?

Explique .....

24. ¿Tiene alteraciones o enfermedades en el riñón? ¿Padece de insuficiencia renal? ¿Tiene litiasis, tumores cólicos, alteraciones en la vejiga o próstata? ¿Se ha examinado la próstata, último PSA?

Explique .....

25. ¿Tiene labio leporino? ¿Fue operado? ¿Padece alguna asimetría facial o prognatismo? ¿Tiene trastornos en la masticación y /o deglución?

Explique .....

26. ¿Participó de programas de rehabilitación de drogas o toxicomanías? ¿Tiene o tuvo trastornos de la alimentación?

Explique .....

27. ¿Tiene certificado de discapacidad? ¿Concurrió algún colegio especial o ha necesitado maestra integradora o acompañante terapéutico? ¿Realizó tratamiento con fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos? ¿Motivo?

Explique .....

28. ¿Le han realizado estudios de resonancia, TAC o endoscopias? ¿Le han realizado alguna biopsia?

Motivos y resultados .....

SI/NO

**29.** ¿Padece o padeció enfermedades sanguíneas como linfoma, leucemias, púrpura, trastornos en la coagulación como hemofilia, Von Billegrand, talasemia mayor, síndrome antifosfolípídico o alguna otra coagulopatía congénita o adquirida? Explique .....

**30.** ¿Hay alguna cuestión vinculada a su salud o la de su grupo familiar que considere no haya sido requerida? ¿Cuál/es? .....

**31.** ¿Está usted falseando, ocultando u omitiendo información sobre su estado de salud o la de su grupo familiar? .....

**Doy fe que el contenido expresado en la presente declaración jurada es cierto y no contiene falsedades, mentiras u omisiones.**

De acuerdo a la ley 26.682 y su reglamentación, falsear, omitir o mentir en la información contenida en la declaración jurada habilita a Medicina Esencial S.A. a rescindir el contrato en cualquier momento y darle de baja del Sistema Médico Prepago. Sin perjuicio de lo anterior, Medicina Esencial S.A. quedará facultada a promover acciones judiciales tendientes a obtener reembolso de las erogaciones que se hubieran efectuado en prestaciones relacionadas con la cobertura de enfermedades y/o dolencias preexistentes no declaradas u otras falsedades en las que hubiera incurrido, todo aquello con más su interés compensatorios, moratorios, costas y demás accesorios

Firma: ..... Aclaración: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

Firma del Auditor Médico Medicina Esencial S.A.: .....