

Responsable: Apellido y Nombre:

Solicitante de Afiliación: Apellido y Nombre:

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

Pediatra de Cabecera:

Preguntas Generales, en caso afirmativo explique:

SI/NO

1. ¿Cómo se integra el grupo familiar del menor?
- ¿Tiene alguno de los integrantes del grupo familiar cobertura médica en otra Prepaga u Obra Social?
- ¿Cuál?
2. ¿Estuvo alguna vez internado? ¿Cuándo?
- ¿Cuántas veces? ¿Dónde?
3. ¿Fue operado? ¿Motivo?
- ¿Dónde?
4. ¿Está tomando o tomó alguna medicación en el último año? ¿Cuáles?
-
5. ¿Tiene alguna discapacidad o problema congénito? Explique
-
6. ¿Tiene alguna patología de salud que requiera de atención o intervención médica en la actualidad o en el transcurso del próximo año? Explique
-
7. ¿La madre presentó un embarazo normal y parto normal? ¿Dónde?
- ¿Médico?
8. ¿El niño estuvo internado en neonatología?
9. ¿La madre padeció Diabetes gestacional, HTA durante el embarazo, preeclampsia? Explique
-
10. ¿Tuvo retardo de crecimiento durante el embarazo o en los primeros 4 años de vida?
11. ¿Tuvo polihidramnios u oligoamnios?
12. ¿Ha presentado su madre infección por HIV, toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus Hepatitis B? Explique
-
13. ¿Tiene realizado screening neonatal y/u otoemisiones acústicas?
14. ¿Los estudios del punto 13 evidencian alguna alteración?
15. ¿Se le ha detectado un soplo cardíaco, padece de cardiopatías congénitas y/o enfermedades valvulares?
16. ¿En alguna oportunidad se le ha realizado ecocardiograma? En caso de ser positivo adjuntar estudio
17. ¿Sufre de vegetaciones?
18. ¿Presenta alguna malformación congénita de nacimiento, neurológica, de columna, cardíaca? Explique
-
19. ¿Presenta patología herniaria? Explique
-
20. ¿Ha tenido infecciones urinarias? ¿sufre de reflujo vesicoureteral? Explique
-
21. ¿Tiene trastornos del desarrollo y lenguaje?
- Explique

SI/NO

22. ¿Realiza o ha realizado tratamientos de fonoaudiología, psicopedagogía, psicología?

Explique

23. ¿Concurre o concurrió a alguna escuela especial?

24. ¿Presenta certificado de discapacidad?

25. ¿Escucha bien?

26. ¿Necesita audífonos? ¿Los utiliza actualmente? ¿Presenta disminución de la audición o sordera?

27. ¿Tiene algún problema de cadera, escoliosis o alteraciones en los pies?

Explique

28. ¿Presenta labio leporino o alguna malformación facial?

Explique

29. ¿Padece de estrabismo, ceguera, glaucoma o disminución de la visión?

Explique

30. ¿Sufre de diabetes, síndrome de turner, falta de hormona de crecimiento, hipotiroidismo?

Explique

31. ¿Tiene algún trastorno de la coagulación, hemofilia y/o púrpura?

Explique

32. ¿Ha recibido tratamiento por tumores o algún tipo de cáncer?

Explique

33. ¿Ha tenido algún episodio de epilepsia o convulsiones?

Explique

34. ¿Hay alguna cuestión vinculada a la salud del menor que considere no haya sido requerida? ¿Cuál?

Explique

35. ¿Está usted falseando, ocultando u omitiendo información sobre el estado de salud del menor?

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.: