

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

REFERENCIA:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DEL SOLICITANTE:

APELLIDO Y NOMBRE:

La presente DDJJ de Salud debe ser completada en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Cuando se indica SI o NO, se deberá consignar con una "X" el casillero que corresponda.

1 - HÁBITOS

FUMA SI NO CUANTOS POR DÍA:

TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS SI NO CUALES:

PRACTICA DEPORTE: SI NO CUALES:

2 - INTERNACIONES PREVIAS

MOTIVO	AÑO	MOTIVO	AÑO

3 - OPERACIONES PREVIAS

MOTIVO	AÑO	MOTIVO	AÑO

4 - ANTECEDENTES MÉDICOS: ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ?

ANTECEDENTE	SI	NO	ANTECEDENTE	SI	NO
CONVULSIONES			HEMORROIDES		
NEURITIS - NEURALGIAS			VÁRICES		
ASMA			ÚLCERA GÁSTRICA DUODENAL		
URTICARIA			ENFERMEDAD CORONARIA		
ALERGIA			PÉRDIDA DE PESO RECIENTE		
ENFERMEDADES CRÓNICAS			DIABETES		
TRASTORNOS DE LA VISIÓN			ENFERMEDADES DE SANGRE		
TRASTORNOS AUDITIVOS			CÁNCER U OTRO TUMOR		
FIEBRE REUMÁTICA			DIFICULTAD PARA ORINAR		
CONVULSIONES			LUMBALGIA O LUMBOCIATALGIA		
HERNIAS					

5 - OTRAS ENFERMEDADES

CONSIGNE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD NO INCLUIDA EN LAS MENCIONES PRECEDENTES:

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

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente referidos a la persona de referencia, son exactos y veraces.-

Dejo constancia de que he sido debidamente informado de que no serán cubiertas las enfermedades o patologías de carácter preexistente al ingreso, conocida o no, sus secuelas, complicaciones o intercurencias que afecten a quien se afilia. Asimismo que he sido notificado que cualquier falsedad, inexactitud u omisión de datos que contengan esta Declaración, la Ficha de Afiliación y/o la Solicitud de Afiliación, dará derecho al IPSM a resolver la afiliación sin más trámite.-

Por otra parte, tomo conocimiento que IPSM podrá rechazar la Solicitud de Afiliación dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes.-

LUGAR:..... , FECHA:..... DE..... DE.....

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

RESERVADO PARA EL I.P.S.M.

DICTAMEN DE JUNTA MÉDICA:.....

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

FECHA:

.....
FIRMA DIRECTOR/A
JUNTA MÉDICA

OTRAS INTERVENCIONES:.....

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

FECHA:

.....
FIRMA SUB GERENTE
PRESTACIONES ASISTENCIALES