Caja de Previsión Social para Profesionales en Ciencias Económicas

Día	Mes	Año

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Córdoba

Apellido y nombre _____ Peso _____ Altura _____

Fecha y lugar de nacimiento _____ DNI _____

Edad _____ Sexo F M Estado civil _____ Parentesco con el titular _____

Domicilio actual _____ Obra soc. complementaria _____

Antecedentes familiares	Diabetes	Hipertensión	Cardíacos	Respiratorios	Neurológicos	Cáncer	Discapacidad	Ninguno	Otros
	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

Antecedentes personales — Tiene o tuvo alguna de estas enfermedades		Especifique en caso de ser positivo	Fecha diagnóstico
1-Neurológicas: Epilepsia - Accidente Cerebro Vascular - Aneurisma Cerebral - Tumor - Hemorragias - Parkinson Alzheimer - Implantes - Esclerosis Múltiple - ELA - Enfermedades degenerativas musculares - Otras.	Si No		
2-Oftalmológicas: Cataratas - Queratocono - Maculopatía - Astigmatismo - Miopía - Hipermetropía -Transplante Cornea- Usa lentes - Otras	Si No		
3-Orl: Problemas del habla - Patología Garganta - Sordera - Usa Audífonos - Implante Coclear - Alergias - Otras	Si No		
4-Nutricionales/Metabólicas: Obesidad - Cirugia Bariátrica - Dislipidemia - Anorexia - Enfermedad de Tiroides - Paratiroides -Tumores- Trastornos del crecimiento - Otras	Si No		
5- Pulmonares: Bronquitis - Neumonía - Asma - Bronquiolitis - EPOC - Tumores - Fibrosis Pulmonar – Apneas - Usa Oxígeno - C - Pap - Otros	Si No		
6- Mamarias: Nódulos - Displasia - Infecciones - Cáncer - Otras	Si No		
Mamografía: Fecha- Resultado	Si No		
7- Cardíacas: Enfermedad Congénita - Hipertensión - Insuficiencia Cardíaca - Arritmia - Infartos - Pericarditis - Tumores - Varices -Trombosis - Otras	Si No		
8- Gastrointestinales: Apendicectomia - Colecistectomia - Hernias - Ulceras - Gastritis - Reflujo - Cirrosis - Enfermedad Diverticular - Enf. Cronh - Colitis Ulcerosa - Obstrucciones – Peritonitis - Pancreatitis - Endoscopias - Otras	Si No		
9- Urológicas: Infecciones - Cálculos - Insuficiencia Renal - Diálisis- Tumores - Patología Próstata - Malformaciones Urinarias - Incontinencia Urinaria - Patología Genital - Tumores - Otras	Si No		
10- Ginecológicas: Partos - Cesareas - Abortos - Quistes Ovario - Miomas Uterinos - Infecciones - Embarazos Ectópicos - Legrados - Tumores - Otras	Si No		
Tratamientos de Fertilidad: Baja y/o Alta Complejidad	Si No		
Cursa Embarazo Actualmente:	Si No	Fecha út. mestr.	Fecha prob. parto
Pap - Colposcopía: Fecha - Resultado	Si No		
11- Traumatológicas: Fracturas- Luxaciones- Artrosis- Artritis- Patologia Rodilla- Cadera- Columna- Hombro- Escoliosis -Tumores - Otras	Si No		
12- Piel: Vitiligo - Psoriasis- Tumore - Quemaduras - Hemangiomas - Otras	Si No		
13- Hematológicas: Anemia - Purpuras - Hemofilias - Talasemias - Leucemias - Linfomas - Otras	Si No		
14- Congenitas/Hereditarias: Malformaciones - Fibrosis Quística - Enf. Tuner-Enf. Fabry –Enf. Metabólicas-Otras	Si No		
15- Adicciones: Drogas - Alcohol - Fármacos - Otras	Si No		
16- Psiquiatricas: Depresión - Bipolar - Psicosis - Neurosis - Esquizofrenia - Otras	Si No		
17- Reumáticas: Artritis Reumatoidea - Esclerodermia- Lupus - Sjogren - Artritis Idiopática - Otras	Si No		
18- Infecciosas: Sífilis - Chagas - HIV - Hepatitis - Otras	Si No		
19- Trasplantes: Renal - Hepatico - Cardíaco - Pulmonar - Otras	Si No		
20- Discapacidad / Incapacidad: Enf. Congénita- Parálisis Cerebral- Patología Neurológica- Motora- Sensorial	Si No		
Porcentaje: **Tiene Certificado Único de Discapacidad: si ..... No..... Fecha :.....**	Si No		
21-Diabetes: Tipo 1 – Tipo 2 – Usa Insulina - Usa Hipoglucemiantes Orales	Si No		
22- Cáncer: Recibió Quimioterapia - Radioterapia	Si No		
23- Cirugias: Neurológica - Oftalmológica - ORL - Tiroides- Pulmonar - Mamaria - Cardíaca - Abdominal - Ginecológica -Traumatológica - Urológica - Piel - Otras	Si No		
24- Odontológicos: Prótesis - Ortodoncia - Implantes - Otros	Si No		
25- Internaciones: Clínicas - Quirúrgicas - Oncológicas - Otras	Si No		
26-Cirugias Estéticas: Nariz - Mamarias - Dermolipectomia - Otras	Si No		
27-Estudios de Alta Complejidad: Tomografías - Resonancia - Camara Gamma - Pet - Otros	Si No		
28-Protesis: Oftalmologias - Auditivas - Mamarias-Cardiacas (Valvulas - Stent - Etc) (Mallas) Traumatológicas (Placa - Tornillos - Prótesis Reemplazo - Hombro Rodilla - Cadera - Columna - Arpones - Otras) - Urológicas- Bomba de Insulina - Sensores Glucémicos.	Si No		

Observaciones

.....

Firma y sello del Médico

DECLARO Bajo Juramento: 1) que los datos consignados precedente son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento Interno del Departamento de Servicios Sociales, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que el H. Consejo Directivo de Administración ha establecido y establezca para los servicios asistenciales médicos; 2) no padecer enfermedad alguna, excepción hecha de las que precedentemente enumeré; 3) conocer y aceptar expresamente y sin ningún tipo de reservas los períodos vigentes de carencia para todas aquellas prestaciones originadas en enfermedades preexistentes a la fecha de mi ingreso, eventuales complicaciones o consecuencias directas y/o indirectas de las mismas, las que no serán cubiertas por el Departamento de Servicios Sociales del CPCE hasta el cumplimiento de los mismos. Cuando se demostrare falsedad, reticencia u omisiones en la declaración efectuada por la presente, el Directorio de Administración del Departamento de Servicios Sociales adoptará las medidas que considere oportuna tendientes a corregir las faltas, pudiendo aplicarse sanciones que van desde la suspensión temporaria de los servicios asistenciales médicos, hasta su desafiliación.

La recepción de la presente no implica la aceptación del solicitante como afiliado. La misma quedará sujeta a revisión y aprobación por parte del Directorio del Departamento de Servicios Sociales. Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto

Firma del Declarante:

DNI: ..... **Aclaración:**.....

Firma del Tutor / Representante Legal:

DNI:..... **Aclaración:**.....