



DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD TIENE POR OBJETO DEJAR CLARAMENTE ESTABLECIDO SU ESTADO PSICOFÍSICO, PREVIO A SU AFILIACIÓN O REAFILIACIÓN A ESTA INSTITUCIÓN.

Apellido y Nombre: ..... Edad:.....

Domicilio: ..... Teléfonos: .....

¿Dónde atiende sus problemas de salud? ¿Con quién? .....

¿Adolece de alguna enfermedad ahora? ¿Cuál/es?.....

¿Ha sido operado/a? ¿De qué y cuándo? .....

¿Ha tenido algún accidente o urgencia? ¿Con qué consecuencias? .....

¿Ha estado hospitalizado? ¿Por qué?.....

¿Qué medicamentos ha tomado durante los últimos seis meses? .....

¿Fuma? ¿Cuántos y desde cuándo?.....

¿Alcohol? ¿Cuanto y desde cuándo?.....

¿Está Usted embarazada? ¿Desde cuándo?.....

MARQUE CON UNA CRUZ CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES HA PADECIDO

- ALERGIA, ASMA, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, ANOREXIA / BULIMIA, ARTRITIS / ARTROSIS, CÁNCER, CÁLCULOS: RENAL/VESICULAR, CIRROSIS, DIABETES, ENFERMEDAD DE CHAGAS, ENFERMEDAD TIROIDEA, EPILEPSIA, FIEBRE REUMÁTICA, GOTA, HEPATITIS, HIPERTENSIÓN, INSUFIC. CARDÍACA, INFARTO DE MIOCARDIO, NEFROPATIAS, NEUMONÍA / TBC, PRÓTESIS, PSIQUIÁTRICAS, TRASTORNOS VISUALES, ÚLCERA DIGESTIVA, NÓDULOS MAMARIOS, HEMORRAGIAS, TRANSPLANTES

¿Cómo considera su salud en este momento?  Muy Buena  Buena  Mala

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS ARRIBA CONSIGNADOS SON FIDEDIGNOS.

La aceptación de toda solicitud de afiliación queda supeditada a su aprobación por parte del Consejo de Administración de la Caja de Abogados de Córdoba, el cual podrá observarla o rechazarla a su exclusivo criterio. Los interesados a ingresar deberán efectuar esta declaración jurada, sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva. Ante la constatación de falsedad u omisión de datos en la presente, se privará al solicitante de todo tipo de cobertura sin perjuicio de iniciar acciones, de índole penal o civil que correspondan.

La Caja de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba podrá requerir un examen médico de pre-ingreso. En tal caso, los costos de la consulta externa y los estudios complementarios de diagnóstico que pudiera indicar la Auditoría Médica, estará a cargo del beneficiario.

QUEDA EXPRESAMENTE ESTABLECIDO QUE LA CONSTATAción DE AFECCIONES FALSEADAS U OMITIDAS EN LA PRESENTE DECLARACION JURADA, PRODUCIRÁ LA BAJA DEL BENEFICIARIO.

La presente declaración jurada tiene por objeto dejar claramente establecido su estado de salud, ya que el Servicio Médico, NO cubrirá las prestaciones médicas de enfermedades preexistentes conocidas, ni sus eventuales complicaciones o consecuencias directas y/o indirectas de las mismas.

CÓRDOBA,.....DE.....DE.....

PARA SER LLENADO POR LA AUTORIDAD MÉDICA DE LA CAJA DE ABOGADOS

Certifico que el/la solicitante ha cumplido lo dispuesto por la Resl. N° 19.353/95, encontrándose en condiciones de afiliarse al Servicio Médico.

Firma

FIRMA

