

DECLARACION JURADA DE SALUD Y DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre

Fecha de nacimiento

DNI Nro

Tipo de tramite:

1. Actividad:
2. Estado Civil: Cantidad de hijos: Edades:
 ¿Cuántos viven? ¿Son sanos?
3. Antecedentes familiares: Padre Madre
4. ¿Consume habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas? Indicar cantidad diaria:
5. ¿Fuma Ud? (indicar cantidad diaria)
6. ¿Actualmente concurre a sus tareas habituales?: Caso negativo ¿Por qué?
7. ¿Tiene algún defecto en el oído o la vista? ¿Cuál?
8. Estatura: Peso actual: IMC: ¿Aumentó o disminuyó de peso durante el último año? ¿Cuántos kilos?
 ¿A qué lo atribuye Ud?
9. Fecha de última menstruación:
10. ¿Se ha realizado control ginecológico en el último año?
 Resultado:
11. Presión arterial máxima: Mínima: Desconozco:
12. ¿Ha consultado Ud. a un médico últimamente? Fecha:
 ¿Por qué causa?
13. ¿Toma actualmente algún medicamento? ¿Cuál?
 ¿Desde cuándo lo toma?:
14. ¿Ha tomado medicamentos indicados por el médico durante el último año en forma permanente? Mencione cuales y el motivo:

15. ¿Estuvo internado en un sanatorio, policlínica u hospital? Lugar:
Motivo: Fecha:
16. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? Motivo y fecha:
17. A continuación mencione si tuvo o tiene enfermedades, afecciones, padecimientos o malestares que hubieran requerido o requieran atención médica:
18. Observaciones

El suscripto declara bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica, y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la afiliación sin perjuicio del derecho de ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL, ASESORES Y DIRECTIVOS DE GRUPO SAN NICOLÁS S.R.L. a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales, que pudiera corresponder. Sobre la base de la declaración jurada, ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL, ASESORES Y DIRECTIVOS DE GRUPO SAN NICOLÁS S.R.L se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión, en caso de hacerlo no cubrirá las enfermedades congénitas ni las preexistentes al ingreso, conocidas o no por el beneficiario y/o su grupo familiar, hubieran sido o no declaradas precedentemente, ni sus complicaciones y/u otras enfermedades que resultan agravadas o complicadas por aquellas.

Lugar y fecha:

FIRMA Y ACLARACIÓN