



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

DATOS DEL TITULAR:

N° DE LEGAJO:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRE:

DATOS DEL BENEFICIARIO:

CÓNYUGE: CONVIVIENTE: HIJO/A MENOR: HIJO/A ESTUDIANTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI/LC/LE/CI N°.....CUIL.....

APELLIDO Y NOMBRE:

ANTECEDENTES MÉDICOS:

| DIAGNÓSTICO | SI | NO | DIAGNÓSTICO | SI | NO | DIAGNÓSTICO | SI | NO |
|-------------------------------|----|----|------------------------|----|----|--------------------|----|----|
| Cardíacas | | | Aparato Genital | | | Psiquiatría | | |
| Musculares | | | Genitourinaria | | | Órganos Linfáticos | | |
| Esqueléticas | | | Vías Urinarias | | | Abortos | | |
| Neurológicas | | | Sist. Nerv. Central | | | Alcoholismo | | |
| Aparato Digestivo | | | Sist. Nerv. Periférico | | | Adicción a Drogas | | |
| Aparato Respiratorio | | | Audición | | | Alergias | | |
| Cardiovasculares | | | Visión | | | Cesáreas | | |
| Diabetes | | | Embarazo Actual | | | Gestosis | | |
| Hipertensión | | | HIV Sida | | | Tumores | | |
| Otras (detallar): | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Medicamentos de uso habitual: | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Declaro bajo juramento que la información suministrada es auténtica.

.....
Firma del Titular

.....
Aclaración