



SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Documento integrante del contrato

Versión: 03
Código: F-AM-01
Fecha: 23/03/2023
Página 1 de 1

Titular/CI:		Peso:		Altura:					
Benef. 1/CI: /	Peso:	Altura:	Benef. 4/CI: /	Peso:	Altura:				
Benef. 2/CI: /	Peso:	Altura:	Benef. 5/CI: /	Peso:	Altura:				
Benef. 3/CI: /	Peso:	Altura:	Benef. 6/CI: /	Peso:	Altura:				
Indique con X en la celda correspondiente las enfermedades o condiciones que padece o ha padecido cada Beneficiario.	T1	B1	B2	B3	B4	B5	B6	Descripción	
Sistemas Respiratorios: Asma, alergias, Sinusitis, Adenoides, Amígdalas, EPOC, u otros.									
Enfermedades y/o afecciones congénitas									
Sistemas endócrino e inmune: Diabetes, Tiroides, Celiaquía, Lupus, Artritis, Arteriosclerosis, u otros.									
Sistema Cardiovascular: Hipertensión Arterial (HTA), Derrame cerebral (ACV), Arritmias, Soplo cardíaco, Insuficiencia cardíaca, Uso de Marcapasos, o cualquier condición cardiovascular, cardiopatías congénitas u otros.									
Enfermedades Hematológicas: Anemia, Leucemia, Enfermedades de la coagulación, Linfomas, Mielomas, Hemofilia, u otras.									
Enfermedades oncológicas, tumores malignos o benignos, quistes.									
Afecciones ginecológicas: Mioma, Prolapso, Hiperplasias, Endometriosis, Quistes de Ovario, Trompas y de Mamas, Pólipo u otras.									
Sistemas digestivo y Urinario: Hepatitis, Pancreatitis, Cálculos Biliares, Úlceras, Gastritis, Diverticulitis, Hemorroides, Incontinencia Urinaria, Cálculo renal, Próstata u otros.									
Enfermedades traumatológicas: Hernia de disco, Artrosis, Osteoporosis, Tendinitis, Meniscos, ligamentos u otras.									
Cirugías realizadas (incluyendo cesáreas y cirugías estéticas)									
¿Padece alguna enfermedad o condición no mencionada anteriormente?									
Medicación que utiliza habitualmente									
Índice de Masa Corporal IMC.									
Fecha de última menstruación FUM									
Para menores de 0 a 2 años: Citar nombre del Pediatra y Centro Asistencial de Nacimiento									
¿Se encuentra en tratamiento psicológico o psiquiátrico?									
Declaro(amos) bajo fe de juramento que la información suministrada es auténtica y que no hemos omitido ningún dato acerca del estado de salud de las personas incluidas en este documento. Tenemos conocimiento que cualquier falsedad, omisión o inexactitud, deliberadas o no, podrá invalidar el contrato sin perjuicio de exigir la restitución del costo de las prestaciones en infracción del ejercicio de las acciones civiles.									
Autorizo(amos) a OAMI a solicitar a prestadores de servicios, los informes que requiera para los fines de Auditoría Médica. OAMI resguardará de terceros no autorizados los diagnósticos médicos y servicios utilizados por el/la Titular y los beneficiarios, salvo orden judicial.									
La firma estampada en la presente Declaración Jurada de Salud corresponde al titular y a cada beneficiario mayor de edad. Firma del Padre/Madre o Responsable para menores de 18 años.									
Firma Titular:	Firma Beneficiario 1:					Firma Beneficiario 5:			
	Firma Beneficiario 2:					Firma Beneficiario 6:			
Fecha:	Firma Beneficiario 3:								
Firma del Padre/Madre o Responsable: Aclaración:	Firma Beneficiario 4:								