

**DECLARACIÓN JURADA DE ESTADO DE SALUD**

**1. Datos personales:** Matricula N°: \_\_\_\_\_

1.1. Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

1.2. Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla o Estatura \_\_\_\_\_

1.3. Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_

1.4. Estado civil: \_\_\_\_\_ Nupcias: \_\_\_\_\_ Parentesco con el titular: \_\_\_\_\_

1.5. Composición del grupo familiar: \_\_\_\_\_

1.6. Domicilio actual: \_\_\_\_\_

**2. Antecedentes hereditarios:**

Enfermedades familiares: \_\_\_\_\_

**3. Antecedentes personales:**

3.1. Afecciones padecidas (especificar cuáles):

Cardiovascular  Diabetes  Neurológicas  Osteoarticulares  Psiquiátricas

Cardiocirculatorias  Respiratorias  Digestivas  Odontológicas

Otras no especificadas: \_\_\_\_\_

3.2. ¿Se recomendaron intervenciones quirúrgicas? **SI / NO** ¿Cuál? \_\_\_\_\_

3.3. ¿Estuvo alguna vez internado **SI / NO** Especifique clínica/s y fecha/s \_\_\_\_\_

Motivo o diagnóstico de internación: \_\_\_\_\_

**4. Estado actual:**

4.1. Especificar tipo de afecciones padecidas en los últimos 6 meses, tratamiento medico u odontológico y medicación prescrita: \_\_\_\_\_

4.2. ¿Realizó estudios tales como ecografías, tomografías, resonancias magnéticas, etc.? **SI / NO**

4.3. ¿La visión es normal? **SI / NO** ¿La audición es normal? **SI / NO**

4.4. Enfermedad crónica: \_\_\_\_\_

4.5. Medicamentos habituales o permanentes: \_\_\_\_\_

4.6. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento o atención médica u odontológica? **SI / NO** ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

4.7. ¿Quién lo está atendiendo profesionalmente? \_\_\_\_\_

M.P.: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

4.8. Si el proponente fuere de sexo femenino debe indicar aquí si ha sufrido alguna vez de enfermedades ginecológicas, si actualmente está embarazada, y cuántos embarazos ha tenido: \_\_\_\_\_

**5. Antecedentes quirúrgicos y accidentes:**

Especificar cuáles y fecha de los mismos: \_\_\_\_\_

**6. Grado de incapacidad actual Por accidentes y otras causas (en caso de tenerlas):**

**7. Posee implantes de: Prótesis, Stent, Marcapasos, etc.: SI / NO. Especificar:** \_\_\_\_\_

Fecha del implante: \_\_\_\_\_

**DECLARO** bajo juramento: 1) que los datos consignados son exactos, obligándome a cumplir el Reglamento del Fondo Solidario de FACPCE, que manifiesto conocer; sometiéndome al mismo y a todas las resoluciones, normas y disposiciones que la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE ha establecido y establezca para los servicios que brinda; 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 hasta el cumplimiento de los mismos; **4) conocer que la cobertura que brinda el Fondo Solidario oficiará con carácter de subsidio, por reintegro, y en forma complementaria a la obra social o sistema de salud primaria del beneficiario**

Cuando se demostrare falsedad, reticencia u omisiones en la declaración efectuada por la presente, la Secretaría de Servicios Sociales de FACPCE adoptará las medidas que considere oportuna tendientes a corregir las faltas.

Quedo notificado fehacientemente de todo lo expuesto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DECLARANTE