

Declaración Jurada de Antecedentes de Salud

Fecha:

Filial/Promotor:

Plan:

Cuestionario (Responder con referencia al titular y al grupo familiar si correspondiese)

Apellido y nombre asociado		Dni N°	Edad	Sexo	Nro. de asociado
Consulta	Si/No Detallar quiénes	Consulta	Si/No Detallar quiénes	Consulta	Si/No Detallar quiénes
Antecedentes neurológicos o psiquiátricos, convulsiones, epilepsia, parálisis, ACV, aneurisma cerebral, trastornos del crecimiento y/o desarrollo psicomotor y/o lenguaje, discapacidad de algún tipo		Hepatitis B o C, cirugía bariátrica, abdominal y/o enfermedades del tracto gastro-entero-colónico crónicas. Trasplante renal o hepático. Ulceras, gastritis, hernias, vesícula, hepatitis, tumores		Afecciones de ovarios, útero, endometriosis, hemorragias, abortos. ¿Embarazo en curso? ¿Ha estado en tratamiento por fertilización asistida? Ley 26.862	
Problemas visuales, miopía, (dioptrías), estrabismo, glaucoma, problemas de retina o córnea		Enfermedades oncológicas, Quimioterapia, radioterapia. Leucemias, linfomas, afecciones a los ganglios. Trasplante de médula ósea		Afecciones autoinmunes, afecciones del colágeno, óseas, musculares, articulares, escoliosis, cirugías de columna o cadera, rodilla, manos	
Afecciones de nariz, garganta u oído, adenoides, tumores, sordera, etc.		Bronquitis crónica, asma, EPOC, nódulo o tumor pleuropulmonar		Enfermedades congénitas, hereditarias, inmunológicas, degenerativas, melanoma, psoriasis, HIV. Otras enfermedades	
Antecedentes odontológicos (prótesis, piezas faltantes, etc)		Anginas de pecho, soplos, infartos, angioplastia y/o stent, arritmias, internaciones, hipertensión arterial, várices, cansancio		Adicciones, trastornos de la alimentación	
Hipoacusia, apneas del sueño.		Nódulos, quistes, tumores de mamas, punciones, biopsias, prótesis mamarias		Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, afecciones de los ganglios	
Alternaciones o cirugía de tiroides o iodo radioactivo, diabetes, gota. ¿Se aplica insulina?		Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, tumores, quistes, cirugías		Antecedentes quirúrgicos, ¿cuáles?	
Enfermedades infectocontagiosas		¿Tratamientos médico o internación? ¿En el último año? ¿Resonancias, tomografías, biopsias?		¿Ingiere alguna medicación? Detalle droga y dosis	

En caso de consignar "Sí" en algún antecedente del cuestionario, detallar fechas y breve detalle en hoja aparte. Autorizo a todos los profesionales interviniientes y/o a mi grupo familiar a brindar información adicional a requerimiento de la mutual. Asimismo, declaro bajo juramento que la información suministrada es auténtica y tomo conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la condición de asociado, sin perjuicio del derecho de la Asociación Mutual de Trabajadores Argentinos Estatales (AMTAE) a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que correspondiesen. AMTAE no cubrirá las enfermedades preexistentes al ingreso según me fuera debidamente explicado. La presente declaración jurada la realicé de conformidad con el artículo 10 de la Ley 26.682, que declaro conocer y aceptar:

Firma y aclaración del titular

Resolución AMTAE:

Fecha:

Sello y Firma autoridad competente AMTAE:

Tipo y N° de documento