

• **Datos personales del Beneficiario** (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre

Legajo D.N.I. N° Fecha de Nacimiento

• **Antecedentes médicos** (colocar SI o NO, según corresponda)

Enfermedades y/o malformaciones congénitas

Antecedentes médicos	TUVO	TIENE
Cardíacas		
Neurológicas		
Musculares esqueléticas		

Otras

.....

Enfermedades adquiridas

Antecedentes médicos	TUVO	TIENE
Cardiovasculares Cardíacas		
Cardiovasculares Vasculares		
Aparato Respiratorio		
Aparato Digestivo		
Neurológicas - Sistema Nervioso Central		
Neurológicas - Sistema Nervioso Periférico		
Genitourinarias - Renales		
Genitourinarias - vías urinarias		
Genitourinarias - Aparato Genital		
Músculo Esqueléticas		
Sangre y Órganos linfáticos		
Órganos de los sentidos - Visión		
Órganos de los sentidos - Audición		
Psiquiátricas		
Glandulares		
Diabetes		
Hipertensión		
Alergia		
HIV		
Alteración de Lípidos		
Adicción a drogas / Medicamentos		
Abuso alcohol		
Tabaquismo		

• Antecedentes médicos (colocar SI o NO, según corresponda)

Enfermedades adquiridas

Antecedentes médicos	TUVO	TIENE
Tumores		
Intervenciones quirúrgicas		
Embarazo actual		
Gestosis		
Abortos espontáneos		
Cesáreas		

Otras

.....

• Medicamentos de uso habitual

.....

.....

.....

.....

Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada

.....
 Lugar y Fecha

.....
 Firma del afiliado

.....
 Aclaración

Reservado para la repartición

Certifico que la presente solicitud y los datos consignados en ella fueron verificados de los documentos presentados, siendo todos ellos correctos

Auditoría Médica

.....
 Firma del responsable del establecimiento

.....
 Aclaración