

INFORMACIÓN MÉDICA PARA HISTORIA INSTITUCIONAL



Fecha: / /

Compromiso médico

Datos del asociado titular

Apellido y Nombre:

Fecha de Nac: Edad: DNI:

Email: Peso: Altura:

Datos de los asociados del grupo a cargo

Apellido y Nombre	Cuil	Fecha de Nac	Peso	Altura	Parentesco

Cuestionario (Responder con referencia al Titular e integrante del grupo familiar a asociar)

Cuestionario	Si/No	Quien/es	Breve detalle	Fecha
Antecedentes neurológicos y psiquiátricos: ¿Convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos, del habla?				
¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problema de retina, cornea, etc?				
¿Afecciones de nariz, garganta u oído? ¿Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, audífono?				
Diabetes, Gota, Alteraciones de la Tiroides, ¿Obesidad Marcada?, ¿Se aplica insulina?				
Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, infecciones				
¿Nódulos, quistes, tumores de mama?				
Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, varices, etc.				
Alteraciones digestivas, ulcera, gastritis, hernia, vesícula, hepatitis, etc.				
¿Alteraciones de sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de los ganglios?				
¿Alteraciones renales, vejiga, próstata? Genitales infecciones, quistes, tumores.				
Ginecología, afecciones obstétricas, ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso.			F.U.M:	
Afecciones musculares y/o de los huesos, columna, cadera, rodilla, manos. ¿Tiene alguna prótesis?				
¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿De la piel, psoriasis, tumores, etc?				
¿Están actualmente bajo control o tratamiento médico? ¿Lo han estado en los últimos seis meses?				
¿Sabe usted que una preexistencia en cualquier alteración de su salud, que conozca, y que su declaración es fundamental para evitar inconvenientes en la atención médica futura?				
Otros				

Se deja constancia que de ninguna manera está sujeto el ingreso a la Obra Social por el llenado de esta ficha. La misma se confecciona a los efectos de considerarlos planes, por lo que debe ser completada con datos veraces. El Plan asignado nunca será inferior al P.M.O. y su asignación es atribución de esta Obra Social que considerará los datos aportados.
 "El suscripto declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y veraz, y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, de forma deliberada o no, invalidará la condición futura de asociado, sin perjuicio del derecho de Integral Salud de exigir la restitución del costo de las prestaciones brindadas en infracción y de las acciones civiles y/o penales que pudieran corresponderle (conf arts. 9 y 10 Ley 26.682). El Plan asignado nunca será inferior al P.M.O. y su asignación es atribución de esta empresa que considerará los datos aportados"

Firma:

DNI:

Aclaración: