

**• 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** (por favor marcar con una cruz lo que 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