



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

- AFILIACIÓN -

Este formulario debe ser completado de PUÑO y LETRA por el afiliado, respondiendo a todas las preguntas

SIN DEJAR NINGUNA SIN CONTESTAR

Responda las siguientes preguntas indicando SI / NO en cada una de ellas. Todas las respuestas afirmativas deben ser ampliadas convenientemente en el cuadro respectivo.

SI/NO

(1)	¿Ha sufrido algún accidente o traumatismo que le haya ocasionado problemas de salud?	
(2)	¿Ha sido sometido a intervención quirúrgica o práctica similar?	
(3)	¿Tiene conocimiento de haber sufrido o de sufrir actualmente alguna afección, malestar y/o enfermedad de importancia?	
(4)	¿Le han realizado estudios, prácticas o análisis que no fuera de rutina cuyo resultado fuera anormal?	
(5)	¿Ha estado o se encuentra en tratamiento por alguna afección, malestar o enfermedad de importancia?	
(6)	¿Toma o le suministran alguna medicación?	
(7)	¿Tiene alguna dificultad para el desempeño normal de sus tareas habituales?	
(8)	¿Posee alguna alteración funcional física o intelectual permanente y estable?	
(9)	¿Ud. considera que actualmente se encuentra sano?	
(10)	¿Posee cobertura médica?	

CUADRO PARA ACLARACIÓN DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Nro. Pregunta	ACLARACIÓN (indicar fechas, diagnóstico, tratamiento, secuelas y cualquier otro detalle de importancia)

DECLARO QUE HE COMPLETADO DE PUÑO Y LETRA LAS PREGUNTAS CONSIGNADAS EN ESTE FORMULARIO Y LAS CONSIDERO VERÍDICAS, PRECISAS Y COMPLETAS.

Lugar y fecha:

Firma del afiliado/a:.....Aclaración:.....Matrícula:.....

Certifico que la declaración de salud ha sido cumplimentada de puño y letra por el afiliado en mi presencia y que la firma precedente ha sido inserta en mi presencia.

Firma:..... Aclaración:.....



COMPLETAR SÓLO EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA AL PUNTO 8

Declaro haber sido asesorado acerca de la cobertura para MÉDICOS CON DISCAPACIDAD PREVIA A LA GRADUACIÓN que permite el acceso a la Jubilación en condiciones diferenciadas de edad y aportación.-

A los fines de la evaluación de inclusión en el registro del Art. 2° de la reglamentación vigente se me ha informado que deberé acompañar la documentación, exámenes y estudios médicos relativos a la discapacidad, incluyendo el certificado único de Discapacidad en caso de corresponder, comprometiéndome a su presentación en el plazo de veinte (20) días.-

Asimismo, presto mi consentimiento a la evaluación de Junta Médica por intermedio de los facultativos que oportunamente designe la Caja, estando en conocimiento de la facultad para nombrar un profesional médico para que integre la misma (Art. 5° reglamentación vigente).-

.....(Lugar),..... (Fecha)

.....
Firma

Aclaración:
Documento:
Matrícula:

FME 035. REV.005

**COMPLETAR SÓLO EN CASO DE AFILIACIÓN CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD
O REAFILIACIÓN CON 40 O MÁS AÑOS DE EDAD, LUEGO DE 3 AÑOS DE INTERRUPCIÓN DE MATRÍCULA**

Declaro haber sido informado acerca de la obligatoriedad de someterme a la evaluación de Junta Médica de Ingreso (Conf. Res. Directorio de fecha 4/12/2018), como también que la negativa a dicha evaluación y/o la incomparecencia a la misma podrá ser considerada como indicio de preexistencias en ocasión del tratamiento de futuras peticiones de coberturas fundadas en los Arts. 51 y 57 de la Ley 12.207 (Art. 6 cit. Resolución).-

A tales efectos solicito que la fecha de Junta Médica y lugar de comparecencia me sea comunicado a la siguiente casilla de correo:

.....@.....

.....(Lugar),..... (Fecha)

.....
Firma

Aclaración:
Documento:
Matrícula: