



DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

DATOS DEL TITULAR

Apellido

Nombre

Tipo de Documento

Nro de Documento

Números de Teléfono

L.E. L.C. D.N.I.

Cod. área:

Fijo:

Celular :

Correo electrónico:

EXÁMENES MÉDICOS

Antecedentes	Fecha	Observaciones
CARDIOVASCULAR		
APARATO RESPIRATORIO		
APARATO DIGESTIVO		
NEUROLOGICOS		
RENAL-URINARIOS		
GINECOLOGICOS		
MUCULOESQUELETICOS		
SANGRE-LINFATICOS		
VISIÓN - AUDICIÓN		
PSIQUIATRICOS		
DIABETES		
DISLIPIDEMIAS		
ALCOHOL - TABACO		
TUMORES		
CIRUGIAS		
EMBARAZO ACTUAL		
DROGAS DE USO HABITUAL		

Lugar y fecha

Firma Afiliado

Firma Médico

OBSERVACIONES

La declaración jurada de antecedentes de salud, tiene por objeto dejar plenamente establecido el estado de salud del candidato a la afiliación y el de su grupo familia en ocasión de ingresar como beneficiario en la Osuner.

La comprobación ulterior de omisión, falsedad de datos consignados o tergiversación de los mismos pueden generar la anulación de la afiliación, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran corresponder.