



Asociación Mutual del Personal Jerárquico del Transporte
Automotor de Pasajeros de Córdoba y Afines

A.M.P.J.T.A.P. | Mat. CBA-1119

Lima 446 - WhatsApp 351 8602131 - Córdoba - Argentina



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Cuestionario: Responder con referencia al titular e integrantes del grupo familiar a asociar.

Aclaraciones: Detalle secuelas existentes o complicaciones por enfermedad, accidentes o cirugías. Anteponga número de barra para identificación. Complete con letra de imprenta sin omitir ninguna respuesta. (Vea que cada punto comprende diferentes afecciones).

Cuestionario	SI/NO	Quien/es	Breve detalle	Fechas
01- ¿Antecedentes neurológicos y psiquiátricos; convulsiones, desmayos, inestabilidad, mareos, parálisis, trastornos del habla, trastornos del lenguaje, ¿depresión? ¿Accidentes cerebrovasculares? ¿Discapacidades neurológicas o psiquiátricas?				
02- ¿Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, etc.? ¿Usa anteojos?				
03- ¿Afecciones de nariz, garganta u oído? ¿Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, ronquidos, apneas, etc.?				
04- ¿Diabetes, gota, alteraciones de la tiroides, obesidad marcada? ¿Se aplica insulina? ¿Utiliza medicación para la diabetes?				
05- Alteraciones pleuropulmonares, asma, bronquitis crónica, EPOC, infecciones, expectoraciones con sangre, ¿etc.? ¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia por broncoespasmo/falta de aire?				
06- ¿Nódulos, quistes, tumores de mama? ¿Prótesis mamarias? ¿Se ha efectuado punción diagnóstica? ¿Última mamografía realizada?				
07- ¿Angina de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, cansancio, etc.? ¿Le han realizado estudios cardíacos? ¿Cuáles? ¿Qué resultados arrojaron?				
08- Alteraciones digestivas, úlceras, gastritis, hernias, vesícula, cólicos, hepatitis (cuál), ¿etc.? ¿Ha sido sometido/a alguna cirugía digestiva? ¿Ha tenido resultados de laboratorio anormales? ¿Antecedentes familiares de tumores del aparato digestivo? ¿Ha tenido pólipos intestinales?				
09- ¿Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, linfomas? ¿Afecciones de los ganglios? ¿Ha recibido quimioterapia y/o radioterapia?				
10- ¿Alteraciones renales, de la vejiga, próstata, cálculos renales? ¿Infecciones genitales, quistes, tumores? ¿Le han extraído pólipos vesicales? ¿Si es varón mayor de 50 años, ha tenido valores anormales del antígeno prostático específico?				
11- ¿Afecciones ginecológicas y obstétricas: ovarios, útero, genitales, abortos, embarazos en curso, ¿infertilidad, endometriosis, hemorragias, etc.? Fecha de último control ginecológico y última menstruación.				
12- ¿Afecciones musculares y/o de los huesos: columna, cadera, rodilla, manos, etc.? ¿Ha sido sometido/a cirugías de columna? ¿Ha sido sometido/a artroscopías de rodilla, de las articulaciones o de otra región? ¿Prótesis? ¿Escoliosis? ¿Está en tratamiento kinésico?				

Firma y aclaración del titular

N° de documento



Asociación Mutua del Personal Jerárquico del Transporte
Automotor de Pasajeros de Córdoba y Afines

A.M.P.J.T.A.P. | Mat. CBA-1119

Lima 446 - WhatsApp 351 8602131 - Córdoba - Argentina



Cuestionario	SI/NO	Quien/es	Breve detalle	Fechas
13- ¿Enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Enfermedades inmunológicas y degenerativas? ¿Enfermedades de la piel psoriasis, melanoma, etc.? ¿Enfermedades de déficit inmunológico, infecto contagiosas, H.I.V., etc.?				
14- ¿Recibe o ha recibido o participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? ¿Padece o padeció trastornos alimentarios? Detalle medicamentos que recibe actualmente.				
15- ¿Está actualmente en tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección? ¿Lo ha estado en el último año? ¿Ha estado internado? ¿Ingiere alguna medicación? Detalle droga y dosis. ¿Le realizaron estudios de resonancia, tomografías y/o biopsias? Adjuntar informes.				

Firma y aclaración del titular

N° de documento

Observaciones: _____

¿Realiza actividad física? _____ ¿Cuántas horas semanales? _____

¿Es Usted y/o algún integrante de su grupo fumador? _____. Aclare quién y número de cigarrillos
diarios: _____

El que firma y suscribe declara bajo juramento que la información precedentemente suministrada es auténtica y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la condición de asociado, sin perjuicio del derecho de la A.M. del Personal Jerárquico del Transporte Automotor de Pasajeros de Córdoba y Afines a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder. Entiendo y acepto que la A.M. del Personal Jerárquico del Transporte Automotor de Pasajeros de Córdoba y Afines no cubrirá las enfermedades preexistentes al ingreso según me fuera debida y oportunamente informado. (Excepto asociados a través de obras sociales).

Dirección y teléfono para ser contactado por auditoría médica: _____

Horarios: _____

Firma y aclaración del titular

N° de documento

RESOLUCIÓN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Sello y firma de Auditoría Médica