



# DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Obra Social de Agentes de Lotería y Afines  
de la República Argentina

--	--	--	--

Fecha

## DATOS DEL TITULAR

Número de CUIL			Apellido y Nombre			
Fecha de Nacim	Sexo	Estado Civil	Nacionalidad		Teléfono	
	F   M					
Domicilio			Número	Piso	Depto	Código Postal
Localidad			Provincia			
Empleador / Lugar de Trabajo						

## DATOS DE LOS FAMILIARES

Nº Documento			Apellido y Nombre			
Fecha de Nacim	Sexo	Nacionalidad		Tipo de Parentesco		
	F   M					

Nº Documento			Apellido y Nombre			
Fecha de Nacim	Sexo	Nacionalidad		Tipo de Parentesco		
	F   M					

Nº Documento			Apellido y Nombre			
Fecha de Nacim	Sexo	Nacionalidad		Tipo de Parentesco		
	F   M					

Nº Documento			Apellido y Nombre			
Fecha de Nacim	Sexo	Nacionalidad		Tipo de Parentesco		
	F   M					

Nº Documento			Apellido y Nombre			
Fecha de Nacim	Sexo	Nacionalidad		Tipo de Parentesco		
	F   M					

Nº Documento			Apellido y Nombre			
Fecha de Nacim	Sexo	Nacionalidad		Tipo de Parentesco		
	F   M					

La presente Declaración Jurada de Antecedentes de Salud tiene por objeto dejar plenamente establecido su estado de Salud y el de su grupo familiar en ocasión de ingresar como beneficiario.

PO		ANTECEDENTES MÉDICOS-CONCEPTOS						Tipo Parentes					
		Colocar SI o NO en cada casillero según corresponda.											
		1	2	3	4	5	6						
C O N G E N	A.-	CARDIACAS						1 - Titular 2 - Conyuge Concubin 3 - 4 - 5 Hijo 6 - Otros					
	B.-	NEUROLOGICAS											
	C.-	MUSCULARES ESQUELETICAS											
	D.-	OTRAS											
A D Q U I R I D A S	A.-	CARDIOVASCULARES - CARDIACAS											
	B.-	CARDIOVASCULARES VASCULARES											
	C.-	APARATO RESPIRATORIO											
	D.-	APARATO DIGESTIVO											
	E.-	NEUROLOGIAS - SISTEMA NERVIOSO CENTRAL											
	F.-	NEUROLOGIAS - SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO											
	G.-	GENITOURINARIAS - RENALES											
	H.-	GENITOURINARIAS - VIAS URINARIAS											
	I.-	GENITOURINARIAS - APARATO GENITAL											
	J.-	MUSCULO ESQUELETICAS											
	K.-	SANGRE Y ORGANOS LINFATICOS											
	L.-	ORGANOS DE LOS SENTIDOS - VISION											
	M.-	ORGANOS DE LOS SENTIDOS - AUDICION											
	N.-	PSIQUIATRICAS											
	O.-	GLANDULARES											
	P.-	OTRAS											
S I G N O S  S E L E C C I O N A D O S	A.-	DIABETES											
	B.-	HIPERTENSION											
	C.-	ALERGIA											
	D.-	HIV-SIDA											
	E.-	ALTERACION DE LIPIDOS											
	F.-	ADICCION DROGAS / MEDICAMENTOS											
	G.-	ABUSO ALCOHOL											
	H.-	TABAQUISMO											
	I.-	TUMORES											
	J.-	INTERVENCIONES QUIRURGICAS											
	K.-	EMBARAZO ACTUAL											
	L.-	GESTOSIS											
	M.-	ABORTOS ESPONTANEOS											
	N.-	CESAREAS											
	O.-	POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD INDIQUE CUAL:											
	P.-	POSEE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA INDIQUE CUAL:											
	Q.-	OTROS:											
OBSERVACIONES: (Incluir medicamentos que consuma y en caso de intervenciones quirúrgicas especificar fecha)													

**En caso de declarar alguna enfermedad crónica, completar en la obra social la planilla de cronicidad.**

El Inscripto declara bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica y toma conocimiento que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no invalidará el contrato sin perjuicio del derecho de OSALARA a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las realizadas en la declaración jurada. OSALARA se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud.

	APROBADA	DENEGADA	
Firma Titular			Firma Médico Auditor