



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