

Sr. Presidente D.O.S.E.M.
PRESENTE

SOLICITUD DE AFILIACIÓN - ANEXO N° 1

Información importante: Tildar lo que corresponda

¿Posee otra Obra Social? SI NO ¿Cual?:

¿Posee Certificado de Discapacidad? SI NO Tipo:

Vencimiento:

DECLARACIÓN JURADA

(Tildar donde corresponda)

Alteraciones de la sangre:			Antecedentes neurológicos / psiquiátricos				
	SI	NO	Observaciones		SI	NO	Observaciones
Anemia				Epilepsia			
Leucemia				Convulsiones			
Linfomas				Desmayos			
Afecciones de los ganglios				Inestabilidad			
Realizó quimioterapia				Mareos			
Realizó radioterapia				Parálisis			
Afecciones de nariz, garganta, oído				Depresión			
	SI	NO	Observaciones	Trastornos del habla / lenguaje			
Adenoides				Accidentes cerebro-vasculares			
Tumores cuerdas vocales				Tratamiento psicológico / psiquiátrico			
Sordera				Otras			
Ronquidos				Alteraciones visuales			
Apneas					SI	NO	Observaciones
Sinusitis				Ceguera			
Otras				Miopía			
Cirugías				Hipermetropía			
Enfermedades cardíacas / coronarias				Astigmatismo			
	SI	NO	Observaciones	Estrabismo			
Angina de pecho				Presbicia			
Soplos				Glaucoma			
Infartos				Daltonismo			
Arritmias				Catarata			
Hipertensión Arterial				Otras			
Várices				Uso de lentes			
Otras				Cirugías oculares			
Cirugías coronarias							

Enfermedades ginecológicas – mamarias				Afecciones pleuropulmonares			
	SI	NO	Observaciones		SI	NO	Observaciones
Nódulos / quistes / tumores de mama				Asma			
Afecciones de ovarios				Bronquitis			
Afecciones de útero				Infecciones			
Abortos				EPOC			
Tratamientos por esterilidad				Broncoespasmos / falta de aire			
Endometriosis				Cirugías			
Hemorragias				Alteraciones renales – urológicas			
Embarazo en curso					SI	NO	Observaciones
Cesáreas				Enfermedades renales			
Cirugías				Cálculos renales			
Alteraciones digestivas				Enfermedades de vejiga			
	SI	NO	Observaciones	Enfermedades de próstata			
Úlceras				Infecciones genitales			
Gastritis				Quistes			
Hernias				Tumores			
Vesícula				Cirugías			
Cólicos				Otras			
Hepatitis					SI	NO	Observaciones
Cirrosis				Enfermedades congénitas / hereditarias			
Otras				Enfermedades inmunológicas / degenerativas			
Cirugías digestivas				Enfermedades de la piel / psoriasis			
Afecciones musculares u óseas				H.I.V.			
	SI	NO	Observaciones	Adicciones			
Columna				Trastornos de alimentación			
Cadera				Cáncer			
Articulaciones				Celiaquía			
Manos				Accidentes			
Otras				Alergias			
Fracturas				Diabetes / Insulinodependiente			
Utiliza prótesis				Gota			
Cirugías				Hipertiroidismo			
				Hipotiroidismo			
				Obesidad			
				Internaciones			
				Cirugías			

OTROS DATOS Y OBSERVACIONES:

Edad actual:..... Peso:..... kg. Altura:..... mts.

Fuma? SI NO Cantidad: diaria / semanal / mensual (subrayar lo que corresponda).

Edad aproximada en que comenzó a fumar:.....

Realiza actividad física? SI NO con qué frecuencia?:

El que suscribe, declara bajo juramento que la información precedente suministrada es auténtica, y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará la afiliación, sin perjuicio del derecho de DOSEM a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción, y de las acciones civiles y sanciones penales previstas en los arts. 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos, sin derecho a reclamo alguno.

Firma:.....

Aclaración:.....

D.N.I.:.....