Bahía Blanca, …… de ……..…….. de 202……..

DIRECCIÓN OBRA SOCIAL EMPLEADOS MUNICIPALES

Afiliado Nº:.....
Apellido y Nombre: .....

Sr. Presidente D.O.S.E.M. *SOLICITUD DE AFILIACIÓN* -

ANEXO Nº 1 **PRESENTE**

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			
	SI	**NO**	**Observaciones**
Nódulos / quistes / tumores de mama			
Afecciones de ovarios			
Afecciones de útero			
Abortos			
Tratamientos por esterilidad			
Endometriosis			
Hemorragias			
Embarazo en curso			
Cesáreas			
Cirugías			
Alteraciones digestivas			
	SI	**NO**	**Observaciones**
Úlceras			
Gastritis			
Hernias			
Vesícula			
Cólicos			
Hepatitis			
Cirrosis			
Otras			
Cirugías digestivas			
Afecciones musculares u óseas			
	SI	**NO**	**Observaciones**
Columna			
Cadera			
Articulaciones			
Manos			
Otras			
Fracturas			
Utiliza prótesis			
Cirugías			

Afecciones pleuropulmonares			
	SI	**NO**	**Observaciones**
Asma			
Bronquitis			
Infecciones			
EPOC			
Broncoespasmos / falta de aire			
Cirugías			
Alteraciones renales – urológicas			
	SI	**NO**	**Observaciones**
Enfermedades renales			
Cálculos renales			
Enfermedades de vejiga			
Enfermedades de próstata			
Infecciones genitales			
Quistes			
Tumores			
Cirugías			
Otras			
	SI	**NO**	**Observaciones**
Enfermedades congénitas / hereditarias			
Enfermedades inmunológicas / degenerativas			
Enfermedades de l a piel / psoriasis			
H.I.V.			
Adi cci ones			
Trastornos de alimentación			
Cáncer			
Cel i aquía			
Accidentes			
Alérgicas			
Diabetes / Ins ulinodependiente			
Gota			
Hi perti roidismo			
Hi potiroidismo			
Obesidad			
Internacionales			
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?: .....

OTROS SEGUROS DE SALUD:

El/la afiliado/a a la Obra Social DOSEM, en el momento de su incorporación a la misma, deberá informar si se encuentra vinculado/a de forma profesional o amateur a algún club que le exija la contratación de un Seguro de Salud Obligatorio.

En caso de ser necesario, el/la afiliado/a deberá presentar la documentación correspondiente que acredite la contratación del Seguro de Salud Obligatorio exigido por su club, y en caso de no cumplir con dicha obligación, DOSEM se reserva el derecho de modificar el plan de cobertura de la obra social de acuerdo a las normativas vigentes.

El/la afiliado/a se obliga a mantener informada a DOSEM durante todo el período de su afiliación sobre cualquier cambio en su situación que pueda afectar su condición de afiliado/a y su derecho a recibir los beneficios de la obra social.

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.:.....