

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

N° \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES IMPORTANTES: Realice sus declaraciones con precisión y franqueza, empleando letra clara y legible. Si padece de alguna enfermedad grave, indíquela sin temor. Es preferible evitar controversias por falta de declaración y/o declaración fraudulenta. La declaración auténtica no será discutida por esta IAFAS – FOSFAP. Si necesita más espacio que el que consigna este formulario para detallar una respuesta, puede adjuntar una hoja aportando mayores antecedentes. Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones ni correcciones. Usar un mismo color de lapicero.

NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

	SI	NO	DETALLE
1.- ¿Ha tenido anteriormente algún tipo de seguro en IAFAS – FOSFAP? Indique y detalle que seguro tuvo			
2.- ¿Tiene algún tipo de seguro de salud o de vida privado?			

A) ANTECEDENTES FAMILIARES			
HISTORIA FAMILIAR	EDAD	PADECE O PADECIÓ ALGUNA ENFERMEDAD ¿CUÁL?	SI FALLECIÓ SU FAMILIAR, CUAL FUE EL DÍAGNÓSTICO DE FALLECIMIENTO
PADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: .... Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	
MADRE		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: .... Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	
HERMANOS		Enfermedad Vascular o al Corazón: ... Diabetes: .... Transtornos mentales: ... Cáncer: ...	

B) ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	DETALLE
3.- ¿Realiza vuelos como piloto, estudiante de piloto, o es miembro de tripulación de nave aérea o marítima, vuela como pasajero en medios de transporte aéreo de vuelos no regulares?			
4.- ¿Es bombero, ingeniero de minas, radiólogo o a fin, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, miembro de las Fuerzas Armadas o realiza cualquier otra actividad de riesgo?			
5.- ¿Practica paracaidismo, andinismo, automovilismo, buceo, motociclismo o afines, benji (caída libre con cuerda) pesca submarina, ala delta, planeador, rodeo, surf o cualquier otro deporte o actividad de riesgo?			
6.- ¿Tiene alguna discapacidad, defecto físico o amputación?			
7.- ¿Se ha medido la Presión Arterial en los últimos 3 años? ¿Cuál fue el resultado?			
8.- Has tenido variación de más de 5 kg en este último año? Indique la causa probable.			
9.- ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en exceso o se ha sido sometido a o tratamiento rehabilitación por alcoholismo?			
10.- ¿Fuma?			
11.- ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, L.S.D. marihuana u otros narcóticos? ¿Por qué causas, en qué cantidades y por cuánto tiempo?			



## IAFAS – FOSFAP

B) ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	DETALLE
12.- Usa o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? ¿Quién se los ha indicado, por que causa, en qué cantidad?			
13.- ¿Ha tenido descansos médicos en los últimos 6 meses? ¿Por qué motivo o diagnóstico fueron?			
<b>C) ULTIMO CHEQUEO O CONTROL MÉDICO</b>	<b>DETALLE</b>		
14.- Fecha y motivo en que se realizó su último chequeo o control.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Motivo:
15.- Si fue por enfermedad, informe el diagnóstico médico.			
<b>D) ¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS AFECIONES O TRASTORNOS SIGUIENTES?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>DETALLE</b>
16.- Enfermedades Neurológicas			Vértigos: ... Desmayo: ... Parálisis: ... Convulsiones: ... Epilepsia: ... Pérdida del conocimiento: ... Dolores de cabeza severos: ... Meningitis: ... Trastornos Mentales: ... Otros: .....
17.- Enfermedades Psiquiátricas			Ansiedad: ... Depresión: ... Fobias: ... Psicosis: ... Otros: .....
18.- Enfermedad congénita / hereditaria / deformidad congénita			Cuál:
19.- Enfermedad de los pulmones			Asma: ... Silicosis: ... Neumonía: ... Neumotórax: ... Bronquitis: ... Tuberculosis: ... Otros: .....
20.- Enfermedades vasculares o del corazón			Arritmia: ... Soplo: ... Valvulopatía: ... Coronariopatía (Infarto): ... Fiebre reumática: ... Molestias o dolores en el pecho: ... Hinchazón de piernas: ... Várices o úlceras varicosas: ... Otros: .....
21.- Enfermedades digestivas			Gastritis: ... Úlcera: ... Diarreas: ... Estreñimiento: ... Heces con sangre: ... Otros: .....
22.- Enfermedades renales, urológicas			Infecciones urinarias: ... Problemas de Próstata: ... Cólico Renal: ... Orina con sangre: ... Insuficiencia Renal: ... Otros: .....
23.- Enfermedades de los huesos o articulaciones			Artritis: ... Lupus: ... Artrosis: ... Enfermedades reumáticas: ... Fracturas óseas: ... Síndrome túnel carpiano: ... Lumbalgia: ... Luxación: ... Tendinitis: ... Amputación: ... Otros: .....
24.- Enfermedades de la sangre			Anemia: ... Hemofilia: ... Alteraciones de la Coagulación: ... Manchas rojas en la piel: ... Leucemia: ... Hemorragias persistentes: ... Otros: .....
25.- Enfermedades de la piel			Cuáles:
26.- Enfermedades de la Tiroides			Hipotiroidismo: ... Hipertiroidismo: ... Otros: .....
27.- Enfermedades de los ojos: ¿Usa usted lentes?			Miopía: ... Hipermetropía: ... Astigmatismo: ... Cataratas Presbicia: ... Cirugía por: .....
28.- Enfermedades de los oídos: ¿Oye usted bien?			¿Usa audífono? SI: ..... NO: .....
29.- Enfermedades infecciosas importantes			Meningitis: ... Hepatitis A: ... Hepatitis B: ... Hepatitis C: ... Paludismo: ... Tuberculosis: ... VIH – SIDA: ... Enfermedades relacionadas al SIDA: ... Otros: .....
30.- Diabetes / Hipertensión arterial			Controla con dieta: ... Antidiabéticos orales: ... Insulina: ... Antihipertensivos: ... Otros: .....
31.- Alteraciones metabólicas			Colesterol alto: ... Triglicéridos alto: ... Ácido úrico alto: ...
32.- Otras: Tumores, Cáncer			Cáncer de mama: ... Cáncer de cuello uterino: ... Cáncer gástrico: ... Cáncer pulmonar: ... Otros: .....
33.- ¿Ha estado alguna vez hospitalizado para observación, diagnóstico, operación o tratamiento?			Motivo: Fecha:        /        /
34.- ¿Está recibiendo tratamiento médico para alguna enfermedad o está tomando medicina de cualquier clase por más de 1 mes?			Medicamento y Motivo:
35.- ¿Está recibiendo tratamiento para Cáncer como radioterapias o quimioterapias?			
36.- ¿Le realizan diálisis peritoneal o hemodiálisis? Detalla cuántas veces a la semana recibes el mencionado tratamiento.			



IAFAS – FOSFAP

D) ¿PADECES O HAS PADECIDO ALGUNA DE LAS AFECCIONES O TRANSTORNOS SIGUIENTES?	SI	NO	DETALLE
37.- ¿Tiene que ser hospitalizado próximamente?			Motivo: Fecha:        /        /
38.- ¿Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o lesión que no se haya mencionado directamente en este cuestionario?			Cuál:
E) CONTESTE SOLO SI ES MUJER	SI	NO	DETALLE
39.- ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad o tumor en el pecho, útero, ovarios, menstruación irregular, abortos, cesáreas o complicaciones en algún embarazo?			
40.- ¿Fecha de última regla?			Cuándo:        /        /
41.- ¿Cuántos partos ha tenido y cuándo fue el último?			Motivo: Fecha:        /        /
42.- ¿Se ha practicado exámenes de Papanicolau (PAP) en los últimos 3 años?			Cuándo:        /        /

Confirmando la exactitud y la veracidad de la presente declaración, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado(a) que la presente declaración constituye el elemento indispensable para la apreciación del riesgo por parte de IAFAS – FOSFAP y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad del Contrato. Asimismo, declaro tener conocimiento que IAFAS – FOSFAP podrá disponer la práctica de exámenes médicos, si fuera necesario.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha:        /        /

\_\_\_\_\_  
Firma