



DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)

1° PASO QUE SE DEBE REALIZAR.

Nota del cuartel membretada y firmada por jefe de cuerpo dirigida al SUBSECRETARIO de DEFENSA CIVIL informando la solicitud del nuevo afiliado para el IPS, del BOMBERO Y/O GRUPO FAMILIAR (nombre y apellido completo, fecha de nacimiento y DNI)

Una vez que DC corrobore los datos del efectivo o familiar a afiliar, le comunicara al IPS el apto para poder recibir la documentación ante el IPS.

*Cuando envíe nota para afiliar a un Familiar recuerde colocar a que bombero pertenece el mismo.

2° PASO QUE SE DEBE REALIZAR

RECORDATORIO: EL JEFE DE CUERPO O LA PERSONA ASIGNADA A REALIZAR TRAMITES INSTITUCIONALES SERAN LOS UNICOS QUE PODRAN LLEVAR DICHA DOCUMENTACION AL IPS POR MESA DE ENTRADA AL AREA DE AFILIACIONES PUBLICAS (POR DUBICADO LA NOTA), SOLICITANDO ASI EL NUMERO DE EXPEDIENTE DEL TRAMITE. (DE LA LOCALIDAD O DEPARTAMENTO CORRESPONDIENTE QUE CUENTE CON SUCURSAL DEL IPS)

IMPORTANTE: LOS BOMBEROS Y/O FAMILIAR NO PODRAN LLEVAR LA DOCUMENTACION AL IPS, DEBEN ENTREGAR COMPLETA LA MISMA AL JEFE DE CUERPO Y/O PERSONA ASIGNADA A REALIZAR TRAMITES INSTITUCIONALES DEL CUERTEL.



DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)

PARA EL BOMBERO TITULAR

1. **Formulario datos del titular** (lo completa y firma el bombero) 1hoja
2. **Formulario de antecedentes de salud** (lo completa y firma el medico clínico) 4 hojas
3. **Formulario evaluación de riesgo** (parte superior datos personales nada más lo completa el bombero sin firma) 1 hoja
4. **Certificado médico** (que diga que al momento del examen médico el paciente se encuentra en buena **condición** de salud) (firmado por medico clínico)
5. **Fotocopia del D.N.I**
6. **7. Nota del cuartel membretada y firmada por jefe de cuerpo dirigida al responsable del depto. de afiliaciones del ips**

FAMILIAR

CÓNYUGE

1. **Formulario datos del titular** (lo completa y firma el cónyuge) 1hoja
2. **Formulario de antecedentes de salud** (lo completa y firma el medico clínico) 4 hojas
3. **Formulario evaluación de riesgo** (parte superior datos personales nada más lo completa el cónyuge sin firma) 1 hoja
4. **Certificado médico** (que diga que al momento del examen médico el paciente se encuentra en buena **condición de salud**) (firmado por medico clínico)
5. **Fotocopia del D.N.I**
6. **Copia de Acta de Matrimonio actualizada** (90 días máximos)
7. **Nota del cuartel membretada y firmada por jefe de cuerpo dirigida al responsable del depto. de afiliaciones del ips**

HIJO

1. **Formulario datos del titular** (completo y firmado) 1hoja
2. **Formulario de antecedentes de salud** (lo completa y firma el **médico pediatra**) 4 hojas
3. **Formulario evaluación de riesgo** (parte superior datos personales nada más lo completa sin firma) 1 hoja
4. **Certificado médico** (que diga que al momento del examen médico el paciente se encuentra en buena **condición** de salud) (firmado por **médico pediatra**)
5. **Fotocopia del D.N.I**
6. **Copia de Partida de Nacimiento del hijo**
7. **Nota del cuartel membretada y firmada por jefe de cuerpo dirigida al responsable del depto. de afiliaciones del ips**



DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)



FORMULARIO AFILIACION - Convenio Ministerio de Seguridad y Justicia,
Federación Salteña de Bomberos de la Provincia de Salta, Sociedad de
Bomberos Voluntarios Martín Miguel de Güemes y Asociaciones de Bomberos
Voluntarios - Instituto Provincial de la Salud de Salta

DATOS DEL TITULAR

APELLIDO Y NOMBRES: _____
DNI N°: _____ CUIL N°: _____
FECHA NAC: ____/____/____ ESTADO CIVIL: SEXO: _____
TELÉFONOS: 0 _____ 15 _____ / 4 _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
DOMICILIO: _____
CALLE: _____ N°: _____
DEPTO: _____ PISO: _____ BLOCK: _____ CASA: _____ MZA: _____
BARRIO: _____
CUARTEL DE BOMBEROS: _____
PROVINCIA: _____ CIUDAD/LOCALIDAD/PARAJE: _____ CP: _____

SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO TIENEN
CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

Por la presente autorizo al Instituto de Salud de Salta a enviar a mi teléfono
personal y/o correo electrónico las novedades que considera comunicarme.

SE INFORMA: El Titular queda obligado a comunicar a la Obra Social todo cambio en las
circunstancias de afiliación, bajo apercibimiento de incurrir en sanciones conforme lo
previsto por la ley 7.127 y decreto 3.402/07, y en cobro de las prestaciones utilizadas
indebidamente.

FIRMA DEL TITULAR

ACLARACIÓN: _____

DNI N°: _____

FECHA: ____/____/____

Lo completa y firma el
bombero en caso de que
la afiliación sea para el
familiar lo completa y
firma el familiar.



DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)

¿Tiene alteraciones menstruales? | SI | NO |

¿Embarazos? | SI | NO | ¿Cuántos? Parto normal:

Cesáreas: Abortos:

¿Tiene una patología mamaria? | SI | NO |

¿Cuál?:

Antecedentes familiares

¿Tiene o han tenido sus parientes (considerar madre, padre, hermanos, cónyuges e hijos) algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	SI	NO	¿QUIÉN?
Artritis			
Enf. Inmunológica			
¿Cuál?			
Cáncer			
(¿Cuál?)			
Enf. cardíaca			
(¿Cuál?)			
Tensión alta			
Enfermedad renal (Urinarias)			
Tuberculosis			
Enfermedades Mentales			
Enf. Hereditarias – Genéticas			

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

¿Tiene o ha tenido algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	SI	NO	¿CUÁL?
Diabetes			
Hipertensión			
Enfermedad Cardíaca			

completa
el medico



**DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA
AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)**

Alergia Asma			
Cálculos Renales			
Infección Urinaria			
Chagas			
Brucelosis			
Toxoplasmosis			
Trastornos psiquiátricos			
Trastornos de la marcha			
Enfermedades de transmisión sexual			
Artritis			
Enfermedades de la Piel			
Epilepsia			
Tuberculosis			
Úlcera Gástrica			
Gastritis			
Hemorroides			
Hernias			
Cáncer o Tumores			
Várices			
Discapacidad/incapacidad			

**completa
el medico**



DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)

Otras patologías o antecedentes de salud que deba manifestar

¿Requiere algún medio especial para trasladarse?

Tiene colocado algún dispositivo médico (implantes, prótesis, etc.)

¿Tiene o ha tenido alguna vez?

	SI	NO	¿CUÁL?
Mareos o desmayos			
Falta de aire			
Convulsiones			
Palpitaciones			
Dolores de Cabeza			
Acidez			
Neuralgia o neuritis			
Dificultad para orinar			
Depresión			
Sangre en orina			
Tras. Oculares			
Articulaciones Hinchadas			
Supuración de oídos			
Lumbalgia			
Resfriados Frecuentes			
Ciatalgia			

completa
el medico



DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)

Tos Crónica			
Desviación de Columna			
Sudores nocturnos			
Fracturas			
Pérdida de peso			
Traumatismos			
Dolores en el pecho			
Cirugías			
Temblores			
Internaciones			
Debilidad muscular			

completa
el medico

En caso de que la Obra Social detecte una Enfermedad Preexistente, se le asignara el Riesgo correspondiente.

Declaro bajo juramento que mi intervención como profesional Médico de la salud ha sido solo a efectos de instruir y explicar los alcances de la DDJJ al futuro afiliado, para su mayor precisión en la información de su Ficha Médica.

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndome a su verificación y haciéndome responsable a toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al Régimen Legal (ArtN° 293 del CÓDIGO PENAL) y reglamentación específica del IPSS las que declaro conocer.

Firma y Sello Profesional

Firma y Aclaración de la Afiliada/o

Firma y Aclaración de Representante

Lugar y Fecha

Sello y firma del
medico

Aclaración y firma
del afiliado



DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR ANTE EL I.P.S PARA
AFILIAR AL BOMBERO Y/O (FAMILIAR: CÓNYUGE / HIJO)



FORMULARIO AFILIACION - Convenio Ministerio de Seguridad y Justicia,
Federación Salteña de Bomberos de la Provincia de Salta, Sociedad de
Bomberos Voluntarios Martín Miguel de Güemes y Asociaciones de Bomberos
Voluntarios - Instituto Provincial de la Salud de Salta

EVALUACION DE RIESGO

Ref.N° Expediente.....

Nombre y Apellido:.....

Tipo y Documento N°:.....

De acuerdo al Rango Etario y a evaluación médica del Riesgo por Patología Declarada y/o Detectada.

Se Consigna:

Sin Riesgo ☐

Con Riesgo ☐

Nivel

I. ☐

II. ☐

III. ☐

IV. ☐

Otros:.....

Gerencia de Seguro Social

Lugar y Fecha

Lo completa el bombero en caso
de que la afiliación sea para el
familiar lo completa el familiar.