



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:...../...../.....



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

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Está bajo atención médica?..... ¿Por quién?.....

¿Por qué enfermedad?

.....

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis meses?

.....

En este momento: ¿tendrá algún motivo para consultar a algún médico?.....

¿Cuál?.....

.....

Hábitos fisiológicos

¿Se alimenta con 4/5 comidas diarias? | SI | NO |

¿Con qué se alimenta mayoritariamente?.....

Talla:

Peso:

¿Incluye desayuno? | SI | NO |

¿Tiene sueño tranquilo? | SI | NO | Horas de sueño:.....

¿Tiene constipación? | SI | NO |

¿Realiza algún deporte? | SI | NO | ¿Cuál?.....

Trastornos Alimentarios | SI | NO |

Hábitos tóxicos

¿Fuma? | SI | NO | Desde cuándo:..... Cantidad por día:.....

¿Toma bebidas alcohólicas? | SI | NO | ¿Cuáles?:

¿Cuándo?:

.....

¿Cuánto?:

.....

¿Consume drogas? | SI | NO |

¿Cuáles?.....

¿Se auto médica? | SI | NO |

Medicación:

Frecuencia.....

Antecedentes gineco-obstétricos

Edad en que menstruo por primera vez (menarca):

Fecha de la última menstruación: / /

¿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			

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			

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			
Resfríos Frecuentes			
Ciatalgia			

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

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



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