

Datos generales de los solicitantes

Fecha: ____ / ____ / ____

TITULAR

Nombre y apellido _____
Tipo y número de documento _____
Edad (en años) _____ Peso (en kg.) _____ Altura (en m.) _____ Sexo _____
Teléfono _____
E-mail _____

Cónyuge

Nombre y apellido _____
Tipo y número de documento _____
Edad (en años) _____ Peso (en kg.) _____ Altura (en m.) _____ Sexo _____
Teléfono _____
E-mail _____

Hijo 1

Nombre y apellido _____
Tipo y número de documento _____
Edad (en años) _____ Peso (en kg.) _____ Altura (en m.) _____ Sexo _____
Teléfono _____
E-mail _____

Hijo 2

Nombre y apellido _____
Tipo y número de documento _____
Edad (en años) _____ Peso (en kg.) _____ Altura (en m.) _____ Sexo _____
Teléfono _____
E-mail _____

Hijo 3

Nombre y apellido _____
Tipo y número de documento _____
Edad (en años) _____ Peso (en kg.) _____ Altura (en m.) _____ Sexo _____
Teléfono _____
E-mail _____

Firma del titular

Responsable OSLP _____

Nombre y apellido del titular _____
Tipo y número de documento _____

Por favor, indicá con una cruz "X" y en el caso que la respuesta sea afirmativa, profundizá la misma completando el formulario correspondiente.

Antecedentes	TITULAR		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
	SI	NO								
Nombre	_____		_____		_____		_____		_____	
Edad	_____		_____		_____		_____		_____	
A- ¿Tenés o tuviste adicciones, consumió alcohol, tabaco, etc.?	<input type="checkbox"/>									
B- ¿Tenés o tuviste problemas de alimentación o de peso? ¿Variaste tu peso en el último año?	<input type="checkbox"/>									
C- ¿Recibís alguna medicación o realizás alguna dieta específica (DBT -diabetes-, Colesterol, Triglicéridos, etc.)?	<input type="checkbox"/>									
D- ¿Tenés una enfermedad crónica que requiera o no medicación? ¿Tenés algún problema de salud por el cuál estuviste alguna vez internado?	<input type="checkbox"/>									
E- ¿Tenés síntomas no estudiados o estudiados que no requieran tratamiento específico?	<input type="checkbox"/>									
F- ¿Estuviste medicado o requeriste internación en el área de Salud mental o por adicciones?	<input type="checkbox"/>									
G- En relación a tu columna y articulaciones, ¿tenés algún diagnóstico o síntoma no estudiado? ¿Requeriste algún estudio o tomás algún medicamento?	<input type="checkbox"/>									
H- ¿Presentás algún problema motor, visual o auditivo?	<input type="checkbox"/>									
I- ¿Requeriste algún tipo de tratamientos de rehabilitación? ¿O requerís equipamiento específico, por ejemplo oxígeno en domicilio u otros? ¿Tenés, tuviste o estás tramitando el certificado de discapacidad?	<input type="checkbox"/>									
J- ¿Tenés alguna enfermedad congénita?	<input type="checkbox"/>									
K- ¿Tenés o tuviste alguna enfermedad oncológica y/o tumores?	<input type="checkbox"/>									
L- ¿Realizás controles periódicos de salud? Es decir, controles de rutina, medicina preventiva.	<input type="checkbox"/>									
M- ¿Presentás alguna enfermedad de baja incidencia como infecciones virales crónicas, enfermedades degenerativas del sistema nervioso, enfermedades autoinmunes o deficiencia inmunológica, Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa o patologías que requieren inmunosupresores?	<input type="checkbox"/>									
Fecha de última menstruación	__/__/__		__/__/__		__/__/__		__/__/__		__/__/__	
N- ¿Estás embarazada?	<input type="checkbox"/>									

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20__

Firma del titular

Responsable OSLP _____

Indicá los medicamentos que toman actualmente, cirugías que tuvieron y cualquier intervención en los 2 años:

Medicamentos					
TITULAR					
Cónyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					
Hijo 3					

Cirugías e internaciones de relevancia					
TITULAR					
Cónyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					
Hijo 3					

Comentarios

Espacio reservado para Auditoría médica

He leído y comprendido que la presente declaración tiene carácter de Declaración Jurada de Salud en los términos de la Ley N°26.682 (y sus normas complementarias o futuras modificaciones), por ello acepto que la OSLP se reserve el derecho de rescindir el contrato de afiliación con motivo de la falsedad o inexactitud de los datos consignados en ella en los términos del art. 9 de la Ley N°26.682.

Del mismo modo y en consonancia con lo mencionado en el párrafo anterior, entiendo que en caso de declarar alguna preexistencia al momento de la afiliación, sólo se entenderá configurado el presente contrato con la manifestación expresa de la aceptación del valor diferencial conforme el art. 10 y 12 de la Ley 26.682.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20__

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Responsable OSLP _____

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

ADICCIONES, CONSUMO DE ALCOHOL O TABACO

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

A.1- ¿Fumás actualmente o has fumado en los últimos 10 años? Sí No

Cantidad de cigarrillos por día _____

A.2- ¿Consumís regularmente bebidas alcohólicas en las siguientes proporciones: cerveza (5 litros/semana), vino (3 litros/semana), Fernet o similares (1,5 litros/mes) u otras? Sí No

A.3- ¿Has participado de programas de rehabilitación por adicciones o toxicomanías? Sí No

A.4- ¿Alguna vez consumiste drogas diferentes a la marihuana, como ser: cocaína, anfetaminas, éxtasis, etc.? Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

B.1- ¿Padecés o has padecido bulimia o anorexia? Sí No

B.2- ¿Variaste tu peso en el último año? Sí No

Aumenté de peso Bajé de peso

¿Cuántos kilogramos? _____

B.3- ¿Te realizaste alguna cirugía bariátrica u otra para el descenso de peso? Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

PATOLOGÍA METABÓLICA

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

C.1- Tenés antecedentes o actualmente recibís medicamentos o realizás alguna dieta, a excepción de enfermedad celíaca: Sí No

Indicá en este punto con una "X" las afirmativas.

- Diabetes, glucosa en sangre alta
- Dislipemias, aumento del colesterol y/o triglicéridos
- Dieta cetogénica por indicación médica
- Diagnóstico de intolerancia a la lactosa
- Indicación de suplementos nutricionales o alimentación especial por problemas al tragar o disfagias
- Indicación de una alimentación específica o con fórmulas especiales
¿Cuál? _____

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

D.1- Tenés diagnóstico de:

(indicá en este punto con una "X" las afirmativas)

- Enfermedad coronaria, angina de pecho, infarto, insuficiencia cardíaca
- Enfermedad valvular, soplos
- Aneurismas, dilatación en las arterias, (ej. aorta)
- Hipertensión pulmonar
- Arritmias
- Otras: especifique _____

D.2- ¿Te han sometido a algún procedimiento, cirugía del corazón o de los vasos sanguíneos como ser colocación de Stent, cirugía cardiovascular, etc.? Sí No

D.3- ¿Sufriste alguna vez o tuviste una pérdida de fuerza en alguna parte del cuerpo y/o problemas para hablar (temporaria o definitiva) o diagnóstico de ACV? Sí No

D.4- ¿Has presentado convulsiones o tenés diagnóstico de epilepsia? Sí No

D.4.1. ¿Recibís alguna medicación al respecto? Sí No

D.5- ¿Alguna vez consultaste por temblor en reposo de extremidades o tenés diagnóstico y/o tratamiento por Parkinson? Sí No

D.6- ¿Fuiste al cardiólogo y tu examen fue normal? Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

SÍNTOMAS NO ESTUDIADOS Y/O NO MEDICADOS

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

E.1- ¿Alguna vez sufriste de falta de aire, agitación al caminar o palpitaciones? Sí No

E.2- ¿Tenés sintomatología no estudiada como dolor en las piernas cuando caminás menos de 8 cuadras que te obliga a detenerte? Sí No

E.3- ¿Sufriste alguna vez o tuviste una pérdida de fuerza en alguna parte del cuerpo y/o problemas para hablar (temporaria o definitiva)? Sí No

E.4- ¿Alguna vez consultaste por temblor en reposo de extremidades? Sí No

E.5- ¿Tenés problemas de memoria que requieran atención? Sí No

E.6- ¿Tenés síntomas no considerados en las preguntas anteriores? Sí No

Especificar: _____

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

ANTECEDENTES EN SALUD MENTAL

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

F.1- Fuiste diagnosticado en alguna oportunidad o estás medicado por:

Indicá en este punto con una "X" las afirmativas.

- Psicosis o esquizofrenia
- Bipolaridad o ciclotimia
- Depresión
- Neurosis o trastornos obsesivos
- Adicciones

F.2- ¿Requeriste internación por algunos de los diagnósticos indicados en el punto anterior? Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR

Por favor, indicá con una "X" las afirmativas en el siguiente formulario:

Columna y articulaciones: cadera/rodilla/hombro:

G.1- ¿Te realizaron alguna vez tomografías o resonancias por dolores de columna? Sí No

G.2- ¿Te realizaron alguna vez tomografías o resonancias por dolores en las articulaciones? Sí No

G.3- ¿Tenés dolor en dichas articulaciones o en la columna que requiera de analgésicos con regularidad? Sí No

G.4- ¿Te realizaron algún procedimiento invasivo? Bloqueos, tratamiento con radiofrecuencia en columna o cirugía de hernia de disco. Sí No

G.5- ¿Tenés alguna prótesis de columna? Sí No

G.6- ¿Tenés diagnóstico de artrosis? Sí No

G.7- ¿Fuiste sometido a cirugías de reemplazo articular? ¿Tenés alguna prótesis? Sí No

Especificar e indicar el año: _____

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

**ANTECEDENTES ACTUALES O PASADOS: MOTORES, VISUALES, AUDITIVOS, PARA
HABLAR O TRAGAR**

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

H.1- ¿Tuviste un estudio de Campo visual con resultado anormal en los dos últimos años? Sí No

H.2- ¿Tenés pérdida de visión por diagnóstico de glaucoma, maculopatías o problemas de retina? Sí No

H.3- ¿Tenés enfermedad de la mácula llamada "maculopatía", trombosis de los vasos de la retina o uveítis? Sí No

H.4- ¿Tenés diagnóstico de queratocono? Sí No

H.5- ¿Tenés dificultad para escuchar o usás audífonos? Sí No

H.6- ¿En alguna oportunidad te propusieron como plan terapéutico un implante coclear? Sí No

H.7- ¿Tenés amputación en algún miembro que requiera el uso de prótesis o límite tu movilidad? Sí No

H.8- ¿Tenés algún grado de dificultad para mantener el equilibrio, caminar, tragar o hablar? ¿Cuál? _____ Sí No

Aclaraciones: _____

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

SÍNTOMAS O REQUERIMIENTOS CON LIMITACIÓN DE LAS FUNCIONES

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

I.1. ¿Tenés certificado de discapacidad, has tenido o te encontrás tramitando el mismo? Sí No

En caso positivo: adjuntá el mismo o precisá la causa en caso de que esté en trámite: _____

I.2- ¿Requerís de un tratamiento específico o rehabilitación por alguna patología neurológica o una enfermedad que conlleve un retraso del desarrollo? Sí No

I.3- ¿Tenés algún grado de dificultad para mantener el equilibrio, caminar, tragar o hablar? ¿Cuál? _____ Sí No

I.4- ¿Requerís indicación de oxigenoterapia ya sea mochila de oxígeno u oxígeno domiciliario? Sí No

I.5- ¿Requerís suplementos nutricionales o alimentación especial por problemas deglutorios o disfagias? Sí No

I.6- ¿Presentás algún tipo de movimiento anormal involuntario? Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

J.1- ¿Tenés diagnóstico de alguna enfermedad congénita, hereditaria o de alteración de procesos metabólicos? Sí No

Especificar:

- Hemofilia
- Enfermedades metabólicas (fenilcetonuria)
- Fibrosis quística
- Enfermedades congénitas por deficiencia hormonal (hipotiroideo congénito, enanismo, etc.)
- Otras: _____

J.2- ¿Tenés diagnóstico de alguna enfermedad congénita cardiovascular o requeriste algún tipo de tratamiento? Sí No

Especificar: _____

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20__

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

K.1- ¿Tuviste en los últimos 10 años o tenés actualmente algún tipo de cáncer o tumor del sistema nervioso? Sí No

K.2- ¿Tuviste en los últimos 10 años o tenés actualmente algún tipo de leucemias, linfomas, mielodisplasia, anemia que no responde al tratamiento (excluido talasemias), policitemia vera, etc.? Sí No

K.3- Requeriste en algún momento de tu vida tratamiento quirúrgico en relación a tumores de piel? Sí No

K.4- ¿Recibiste en algún momento radioterapia o quimioterapia? Sí No

K.5- ¿Tuviste resultados anormales en los últimos años de mamografías, papanicolaou (PAP), estudios de la próstata o colonoscopia? En caso de ser así adjuntar los mismos. Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

CONTROL PERIÓDICO DE SALUD

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

L.1- ¿Tuviste resultados anormales en los últimos años de:

Mamografías, papanicolaou (PAP)
Estudios de la próstata
Colonoscopia

Sí No
Sí No
Sí No

En caso de ser así adjuntá los mismos.

L.2- Vacunas:

Hepatitis
Otras: _____

Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA

Por favor, indicá con una "X" en el siguiente formulario:

M.1- ¿Te encontrás en tratamiento con medicamentos para infecciones virales crónicas: hepatitis, inmunodeficiencia adquirida, etc.? Sí No

M.2- ¿Alguna vez te diagnosticaron infecciones virales crónicas? Sí No

M.3- ¿Tenés diagnóstico de alguna enfermedad degenerativa del sistema nervioso como esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple u otras? Sí No

M.4- ¿Te diagnosticaron reuma, psoriasis, pénfigo, lupus, artritis, espondilitis, Sjogren, etc.? Sí No

M.5- ¿Padecés colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn u otra que requiera tratamiento específico? Sí No

M.6- ¿Recibiste algún trasplante de órganos o tejidos? ¿Te encontrás en la lista de espera de trasplantes? Sí No

M.7- ¿Tenés alguna deficiencia inmunológica que requiera la administración de inmunoglobulinas? Sí No

M.8- ¿Recibiste en algún momento de tu vida inmunosupresores o requeriste tratamiento denominado "Plasmaferesis"? Sí No

M.9- ¿Tenés diagnóstico de enfermedades por déficit de factores de coagulación (hemofilia u otros)? Sí No

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20__

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

SI ESTÁS EMBARAZADA ACTUALMENTE

Por favor, indicá con una “X” en el siguiente formulario:

Condiciones a considerar potencial embarazo de riesgo, cuando presenta:

- Requeriste tratamientos especiales para embarazarse

Antecedentes obstétricos, en caso de embarazos anteriores:

- Embarazo múltiple
 Antecedente de abortos espontáneos
 Antecedente de un embarazo complicado previo, como parto prematuro, preeclampsia o convulsiones (eclampsia), muerte perinatal, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas incompatibilidad RH, etc.

Alguno de estos antecedentes ya declarados en el cuestionario sobre diferentes condiciones clínicas:

- Diabetes (DBT)
 Nutricional: desnutrición, obesidad
 Hipertensión (HTA), enfermedad del riñón, epilepsia
 Adicciones: alcohol o drogas ilegales
 Consumo de tabaco
 Tiene una infección, como hepatitis C, citomegalovirus (CMV), varicela, rubéola, toxoplasmosis o sífilis
 Cualquier otra patología crónica: válvulas cardíacas, Lupus, Artritis reumatoidea,
 Enfermedad oncológica etc.
 Consumo de medicamentos por patología crónica
 Enfermedades neuropsiquiátricas

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento

Nombre y apellido _____

Nombre y apellido del solicitante titular _____

SI NO ESTÁS EMBARAZADA ACTUALMENTE

Estando en edad fértil:

Antecedentes ginecológicos	TITULAR		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2		Hijo 3	
Nombre	_____		_____		_____		_____		_____	
Edad	_____		_____		_____		_____		_____	
	SI	NO								
Partos o cesáreas	<input type="checkbox"/>									
Cantidad de partos o cesáreas	_____		_____		_____		_____		_____	
Cirugías y/o tratamientos	<input type="checkbox"/>									
Endometriosis	<input type="checkbox"/>									
Cirugía tubaria	_____		_____		_____		_____		_____	
Embarazos ectópicos	<input type="checkbox"/>									
Sinequias uterinas	<input type="checkbox"/>									
Cicatrices o adherencias uterinas	<input type="checkbox"/>									
Tratamientos de fertilidad										
Cantidad de tratamientos de fertilidad	_____		_____		_____		_____		_____	
Abortos espontáneos	<input type="checkbox"/>									

Aclaraciones _____

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de _____ de 20____

Firma del solicitante

Aclaración de firma

Tipo y número de documento