

DECLARACIÓN JURADA / HISTORIA CLÍNICA AFILIACIÓN VOLUNTARIA

APELLIDO Y NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ LUGAR: _____ NACIONALIDAD: _____ DNI _____
 ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TEL: _____

A. ANTECEDENTES FAMILIARES / Consignar datos positivos

PADRE: _____ ESPOSO/A: _____
 MADRE: _____ HIJOS: _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES / Marcar con una X	NO	SI			NO	SI	
		S /Tto	C /Tto			S /Tto	C /Tto
1. ENF. CARDIOVASCULARES-SIST. VASCULAR PERIFÉRICO				8. PSIQUIATRÍA			
Hipertensión arterial				Síndromes depresivos			
Cardiopatía isquémica				Demencias			
Chagas				Psicosis			
Arritmias crónicas				Adicción			
Arteriopatía obstructiva periférica y/o aneurismas				Bulimia - anorexia			
Valvulopatía congénita o adquirida				Autismo			
Miocardopatía				Otros			
Marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador				9. INFECCIOSAS			
Otros				HPV			
2. SISTEMA RESPIRATORIO				HIV desconoce <input type="radio"/>			
Asma - EPOC				Hepatitis ¿cuál?			
TBC				Enfermedades infecciosas no resueltas			
Enfermedad fibroquística				Otros			
Hipertensión pulmonar				10. OTORRINOLARINGOLÓGICAS			
Fibrosis pulmonar				Hipoacusias			
Otros				Otitis crónica			
3. SISTEMA DIGESTIVO				Síndrome vertiginoso			
Úlcera gastroduodenal				Poliposis rinosinusal			
Síndrome de malabsorción				Disfonías orgánicas			
Cirrosis hepática				Otros			
Pancreatitis crónica				11. ONCOLÓGICAS			
Enfermedad inflamatoria intestinal				Tumor benigno ¿Cuál?.....			
Hepatitis crónica				Tumor maligno ¿Cuál?.....			
Enfermedad biliar				12. OFTALMOLÓGICAS			
Otros				Glaucoma			
4. ENDÓCRINO-METABÓLICO				Queratocono			
DIABETES TIPO I <input type="radio"/> II <input type="radio"/>				Retinitis pigmentaria			
Trastornos tiroideos				Miopía / astigmatismo			
Otros				Otros			
5. SISTEMA NEFROURINARIO				13. OSTEOARTICULAR			
Enfermedades renales				Malformaciones congénitas o adquiridas			
Enfermedades obstructivas del árbol urinario				Deformaciones congénitas o adquiridas			
Insuficiencia renal crónica				Osteopatías / miopatías			
Varicocele				Otros			
Otros				14. HEMATOLÓGICAS			
6. SNC-PERIFÉRICO				Leucemia / linfomas			
Epilepsia - convulsiones				Anemias hemolíticas			
Otros				Trastornos de la coagulación			
7. OTROS				Otros			
Enf. cromosómicas o genéticas				15. GINECOLÓGICAS			
Enf. con inmunodeficiencia o autoinmunes				Poliquistosis ovárica			
Transplantes				Endometriosis			
				Otros			
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					AÑO		
1.							
2.							
INTERNACIONES							
1.							
2.							
MEDICAMENTO/S ¿CUÁL/ES?				HÁBITOS			
1.				Tabaco SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cantidad / día:			
2.				Alcohol SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cantidad / día:			
3.				Droga SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:			

