

Enfermedades Adquiridas

| Antecedentes Médicos | Tuvo | Tiene |
|----------------------------------|------|-------|
| Diabetes | | |
| Hipertensión | | |
| Alergia | | |
| HIV SIDA | | |
| Alteración de Lípidos | | |
| Adicción a Drogas / Medicamentos | | |
| Abuso alcohol | | |
| Tabaquismo | | |
| Tumores | | |
| Intervenciones Quirúrgicas | | |
| Embarazo Actual | | |
| Gestosis | | |
| Abortos Espontáneos | | |
| Cesáreas | | |
| Otras | | |

.....

• Medicamentos de uso Habitual (por favor completar en letra imprenta)

.....

Queda expresamente indicado que los datos consignados tienen carácter de declaración jurada

.....
 Lugar y Fecha

.....
 Firma del Afiliado

.....
 Aclaración

• Reservado para la Repartición

.....
 Firma Responsable Establecimiento

.....
 Aclaración

Auditoría Médica

La presente será válida exclusivamente si es completada en su totalidad por el titular de la misma de su puño y letra y certificada por el responsable de la Delegación.