

SOLICITUD DE INGRESO

Cuota diferencial : Sí No

	Apellido y nombre	Parentesco	Sexo	Estado Civil	Fecha Nac.	Nacionalidad	CUIL
1							
2							
3							
4							
5							
6							

DOMICILIOS							
	Calle	N°	Piso	Dto	Entre Calles	CP	Localidad
Residencia							
Cobranza							
Laboral							

DATOS DE CONTACTO			
Tel. Part		Cobranza	Móvil 1
Móvil 2		E-mail	

DATOS DE EMPRESA (Solo para planes desregulados) CORPORATIVO : <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
CUIT 1		Razón Social	
Domicilio		Tel	
CUIT 2		Razón Social	
Domicilio		Tel	

Lista N°	Fecha Suscripción	Fecha Ingreso	1° Cupón a emitir	Tipo de Factura
Zonificación				
Domicilio Real	Zona:		Cobrador:	
Domicilio Cobranza	Zona:		Cobrador:	
Entrega de Credencial:				

ASESOR COMERCIAL			
Nombre y Apellido:			
Código:			Equipo :
Cobertura Médica Anterior : <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	RNOS de origen	Sigla	

Ley 26.682. ARTÍCULO 10.- Carencias y Declaración Jurada. Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1º de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Vº Bº AUDITORIA Fecha: _____

Firma y Aclaración del Titular y/o Responsable
Tipo y N° Doc:

Firma y Aclaración :

Instrucciones: El titular deberá responder por él y su grupo familiar respecto a las afecciones que figuran a continuación. En caso de responder NO, significará que ni él ni su grupo familiar padece/n o ha/n padecido alguna de las afecciones consultadas. En caso de responder SI, deberá identificar a el/los integrante/s que la/s padece/n con el número asignado en la solicitud de ingreso en la columna correspondiente, sobreentendiéndose que el/los integrante/s que no sea/n mencionado/s no padece/n de la/s afección/es consignada/s. En la columna de detalle deberá hacer una breve descripción de lo declarado, y en la columna de fecha se deberá indicar mes y año en que tomo conocimiento de la afección.

INFORMACIÓN SOBRE PREEXISTENCIAS		SÍ ó No	Integrante	DETALLE	FECHA
Cuestionario: ¿Padece/n o ha/n tenido alguna vez lo siguiente?					
01	Dolor de pecho, soplos, infarto, arritmias, hipertensión arterial, várices, palpitaciones, falta de aire, valvulopatías, otras afecciones o antecedentes cardiovasculares.				
02	Alteraciones de la sangre, anemias, leucemias, trastornos de la coagulación, linfomas y/o afecciones de los ganglios				
03	Antecedentes neurológicos y/o psiquiátricos; convulsiones, inestabilidad, desmayos, mareos, miastenia gravis, parálisis, y/o trastornos del habla. Crisis de Ausencia.				
04	Alteraciones digestivas, diarrea crónica, litiasis biliar, úlceras, gastritis, hernias, alteraciones hepáticas y/o vesiculares.				
05	Nódulos, quistes, tumores de mama, otras relacionadas.				
06	Alteraciones broncopulmonares, asma, bronquitis crónica, infecciones, alergia, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, otras relacionadas.				
07	Diabetes (insulina dependiente o no), gota, alteraciones de la tiroide, obesidad, dislipemias, colesterol elevado, otras relacionadas.				
08	Enfermedades endocrinológicas: hipo ó hipertiroidismo, trastornos hormonales, enfermedad en la paratiroides, otras relacionadas.				
09	Enfermedades relacionadas con nariz, garganta y/u oído. Adenoides, tumores de cuerdas vocales, sordera, otitis a repetición, dificultades para respirar, disminución de la audición y otras relacionadas.				
10	Alteraciones visuales, miopía, estrabismo, glaucoma, problemas de retina, córnea, trastornos de la visión, queratocono, otras relacionadas.				
11	Afecciones musculares y/o de los huesos, columna, cadera, rodilla, mano, etc. Osteoporosis, fracturas, hernia de disco, artrosis, otras relacionadas. Cirugía Traumatológica, Osteomielitis.				
12	Lupus, artritis reumatoidea, esclerodermia, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn, síndrome de Sjogren, otras relacionadas.				
13	Enfermedades congénitas ó hereditarias: Enfermedades inmunológicas y degenerativas.				
14	Enfermedades de la piel, psoriasis, lunares, manchas, afecciones en labios y encías, otras relacionadas.				
15	Alteraciones renales, de la vejiga y/o próstata, infecciones, quistes y/o tumores, cólicos, cálculos, diálisis, hematuria, insuficiencia renal, otras relacionadas.				
16	Trastornos genitales masculinos: fimosis, testículo no descendido, hernia inguinal, varicocele, hidrocele, esterilidad, otras relacionadas.				
17	Afecciones ginecológicas y/u obstétricas, ovarios, útero, genitales, infertilidad, aborto, partos y/o cesáreas anteriores.				
18	Embarazo actual.			Semana:	FUM:
19	Internaciones, intervenciones quirúrgicas.				
20	Tumores benignos y/o malignos.				
21	Consumo abusivo de Alcohol, drogas ilegales. Trastornos alimentarios. Anorexia - Bulimia				
22	Hepatitis, tuberculosis, HIV y/o SIDA, Otras enfermedades infectocontagiosas				
23	Antecedentes psiquiátricos: consultas con psiquiatra, con psicólogo. Síndromes depresivos, demencia, neurosis, psicosis o autismo, trastornos de conducta. Internaciones Psiquiátricas. Medicación Psiquiátrica.				
24	Accidentes. Traumatismo encefalocraneano con o sin pérdida de conocimiento				
25	Afecciones Abdominales.				
26	¿Es/son fumadores? ¿Cuantos cigarillos diarios?				
27	¿ Está/n actualmente ó ha/n estado en los últimos 180 días bajo control o tratamiento médico?				
28	¿Está/n utilizando alguna medicación? Especifique motivo, medicamento, presentación y dosis.				

TALLA Y PESO DEL TITULAR Y LOS INTEGRANTES													
Titular		02		03		04		05		06		07	
Mts.	Kg.	Mts.	Kg.	Mts.	Kg.	Mts.	Kg.	Mts.	Kg.	Mts.	Kg.	Mts.	Kg.
FORMULA $IMC = \text{Peso}/\text{Alt}^2$ en mts													
IMC:		IMC:		IMC:		IMC:		IMC:		IMC:		IMC:	

Declaro bajo juramento, que la información suministrada y volcada por mi parte en el presente formulario de Declaración Jurada de Antecedentes de salud es veraz. Asimismo manifiesto que he procedido a completar la misma, previo a ser advertido y prevenido de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en su confección, invalidará mi condición de adherente y el de mi grupo familiar si lo hubiera. Dejo expresa constancia, además, que he sido informado de que en ese caso APRES S.A. tendrá derecho a exigir la restitución del costo de las prestaciones que hubiera brindado, sin perjuicio de las acciones judiciales que pudieren corresponder. Asimismo declaro que se me ha informado y explicado debidamente y he aceptado que APRES S.A. no cubrirá mis afecciones preexistentes ni las de mi grupo familiar al momento de suscripción de la presente Declaración Jurada, salvo las expresamente aceptadas por la Auditoría Médica en la presente planilla. Tomo conocimiento que APRES S.A. podrá requerir cualquier información complementaria que se estime indispensable para considerar la solicitud de ingreso, como así también certificados médicos y/o estudios del solicitante y/o persona/s a incorporar.
