

Declaración Jurada

Quien suscribe....., DNI....., hijo de..... y de....., con el objetivo de dar cumplimiento a las formalidades y requisitos de afiliación de AMFFFA, declara haber recibido la información suficiente y conocer, aceptando expresamente, los reglamentos y los diferentes planes de cobertura de la Mutual. Asimismo acepta que AMFFFA podrá aplicar un valor de cuota diferencial por enfermedades, patologías y/o antecedentes médicos preexistentes, declarando conocer el texto del art. 9, ley 26.682 y art. 9 Decreto 1993/2011

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y Apellido:..... e-mail:..... Nacionalidad:.....
DNI:..... Fecha de Nacimiento:...../...../..... N° de Cuil:..... Sexo: F M
Estado Civil:..... N° de Hijos:..... Domicilio:.....
CP:..... Localidad:..... Tel.:..... Edad:..... Peso:..... Altura:.....

DATOS LABORALES

Profesión:..... Empresa:..... Fecha de Alta:...../...../.....
Domicilio Laboral:..... Tel.:.....
Puesto de Trabajo:..... Fecha de Alta:...../...../.....

Descripción de Tareas

Riesgos Laborales

Medidas de Protección

Tareas Extralaborables con los Mismos Riesgos

Trabajos Anteriores (puesto de trabajo / riesgos / tiempo)

VALOR POR CADA INTEGRANTE

CARGA 00: \$.....

CARGA 01: \$.....

CARGA 02: \$.....

CARGA 03: \$.....

CARGA 04: \$.....

CARGA 05: \$.....

NO LLENAR
LOS DATOS SERÁN
COMPLETADOS POR EL
PERSONAL DE AMFFFA SALUD

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Es Usted ex socio de otra Institución, o posee actualmente otra cobertura de salud, cuál?

¿Ha sido Usted o su grupo familiar asociado de AMFFFA, cuando?

DATOS DEL PAGO

N° Socio:

Fecha de Ingreso

Socio Activo

Socio Adherente

con Med. sin Med.

Promotor:..... Forma de pago:.....

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

PADECE O HA PADECIDO

Enfermedad Congénita / Hereditaria

SI NO

Deformidad Congénita

SI NO

Enfermedad Infantiles Importantes

SI NO

Meningitis

Epilepsia

Otros:

Alergias

SI NO

¿Cuales?:

Apellido y Nombre:.....

Enfermedades Oculares	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Miopía <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Astigmatismo <input type="checkbox"/> Presbicia <input type="checkbox"/> Hipermetropía <input type="checkbox"/> Cirugía por: Dioptría (graduación): O.I..... O.D.....
Enfermedades de los Oídos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usa Audífono? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Enfermedades Dentales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Caries <input type="checkbox"/> Otros: Gingivitis <input type="checkbox"/>
Enfermedades de la Glándula Tiroide	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Otros: Hipertiroidismo <input type="checkbox"/>
Enfermedades de los Pulmones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Neumotórax <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Otros:
Enfermedades del Corazón	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Arritmia <input type="checkbox"/> Soplo <input type="checkbox"/> Valvulopatía <input type="checkbox"/> Otros: Coronariopatía (Infarto) <input type="checkbox"/>
Alteración de la Tensión Arterial	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TA baja, Hipotensión <input type="checkbox"/> TA alta, Hipertensión <input type="checkbox"/>
Enfermedades Digestivas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Gastritis <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Sangre en Heces <input type="checkbox"/> Diarreas <input type="checkbox"/> Otros:
Enfermedades del Hígado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Otros: Hepatitis <input type="checkbox"/> Otros:
Diabetes / Azúcar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Controla con Dieta <input type="checkbox"/> Bajadas de Azúcar <input type="checkbox"/> Antidiabéticos Orales <input type="checkbox"/> Otros: Insulina <input type="checkbox"/>
Alteraciones Metabólicas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Elevación del Colesterol <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Ácido Úrico <input type="checkbox"/>
Enfermedades Renales , Urológicas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cólico Renal <input type="checkbox"/> Problemas de Próstata <input type="checkbox"/> Infecciones de Orina <input type="checkbox"/> Otros: Orina Sangre <input type="checkbox"/>
Enfermedades Neurológicas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cefaleas <input type="checkbox"/> Sangre en Heces <input type="checkbox"/> Temblores, Convulsiones <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Pérdida de Conocimiento <input type="checkbox"/>
Problemas Osteomusculares	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Artritis <input type="checkbox"/> Artrosis <input type="checkbox"/> Lumbago <input type="checkbox"/> Enfermedades Reumáticas <input type="checkbox"/> Luxación <input type="checkbox"/> Síndrome Túnel Carpeano <input type="checkbox"/> Tendinitis <input type="checkbox"/> Fracturas Óseas <input type="checkbox"/> Amputación <input type="checkbox"/> ¿cuál?..... Otros:
Enfermedades Psiquiátricas/Psicológicas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cantidad de sesiones <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Fobias <input type="checkbox"/>

Apellido y Nombre:.....

Enfermedades de la Piel	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuales?
Enfermedades Infecciosas Importantes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Meningitis <input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> VIH-SIDA <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Otros:
Ingreso Hospitalario	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Debido a:
Cirugías	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Amigdalas <input type="checkbox"/> Apendicitis <input type="checkbox"/> Otros:
Accidentes Graves	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Secuelas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
¿Padece Enfermedad Crónica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Otros:
¿Tiene Várices?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dilataciones Capilares <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/>
Infertilidad / Esterilidad	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

HÁBITOS

TABACO : Nunca : Ex fumador desde..... años : Habitual desde hace..... años : Cantidad al día
 ALCOHOL : Nunca : Esporádico : Fines de semana copas : Habitual al día
 CAFE / TE : Nunca : Esporádico : Habitual al día
 DROGAS : Nunca : Esporádico : Fines de semana : Tipo de Droga ex consumidor desde.....
 DEPORTES : Nunca : Esporádico : Habitual
 MEDICAMENTOS : Esporádicamente : Últimas dos (2) semanas : Actualmente toma ¿Cuál?

 HORAS DE SUEÑO : Horas al día : TAREAS DOMÉSTICAS SI NO

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Enfermedades del Padre: Fallecido de:
Enfermedades de la Madre Fallecida de:

Apellido y Nombre:.....

Otros familiares (parentesco):

Enfermedades:

Hijos enfermedades:

Enfermedades Congénitas / Hereditarias en su Familia

Diabetes | Hipertensión Arterial | Del Corazón | Colesterol | otras:

 * CONTESTE SOLO SI ES MUJER

- PROBLEMAS GINECOLÓGICOS

SI NO | Desarreglos Menstruales | Infecciones | Pérdidas | Otras:.....

- PROBLEMAS MAMARIOS

SI NO | Bultos, Nódulos | Secreción | Otras:

- ¿TOMA ANTICONCEPTIVOS?

SI NO | ¿Cual?

REVISIONES GINECOLÓGICAS

SI NO | Fecha/...../.....

¿ESTÁ USTED EMBARAZADA?

SI NO | Fecha probable de parto/...../.....

Fecha última menstruación/...../.....

CAMPO OBLIGATORIO

ACTUALMENTE PADECE DE:

ACTUALMENTE ESTÁ: Alta Baja por Enfermedad común Baja por Accidente laboral
Baja por Enfermedad profesional Invalidez

Adjuntar fotocopias con resultados de estudios previos, de los últimos 5 años, en caso de haberlos realizado, por ejemplo: análisis de laboratorio, informes de electrocardiogramas, radiografías, ecografías, tomografías, etc; como así también resúmenes de historias clínicas, seguimientos por A.R.T., etc.-

Observaciones:.....

.....

.....

.....

.....

.....

Declaro expresamente que todos los datos consignados en el presente documento son ciertos y veraces, así como toda la documentación aportada en el proceso selectivo de referencia. Asimismo declaro conocer y haber recibido la reglamentación del plan al cual adhiero, y manifiesto expresamente mi voluntad de aceptarlo, con conocimiento de todas las prestaciones incluidas y excluidas, las que me fueran informadas detalladamente, habiendo recibido completa información y habiendo tomado el debido conocimiento de las mayores prestaciones y distintos prestadores que otorgan y son ofrecidos por los restantes planes de la Mutual. Por último me comprometo a notificar fehacientemente a AMFFA cualquier cambio de la información y declarada en el presente.

Firma Aclaración

DNI N°.....

Fecha de de 20.....

 PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA MUTUAL

Documentación que acompaña:

Declaración jurada de salud SI NO

Recibo de sueldo SI NO

Informe de auditoría médica SI NO

Historia Clínica SI NO

Nota del afiliado SI NO

Certificados de nacimientos SI NO

Certificado de matrimonio SI NO

Otros:

 CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

Fecha de entrega:/...../.....

Reglamento del plan Emergencias médicas Credenciales definitivas
 Credenciales provisorias Cartilla de prestadores Revista/Boletín de noticias
Otros:

Firma..... Aclaración.....

Visto la Declaración Jurada de Salud fecha/...../..... y SI/NO ha declarado patologías preexistentes, SE RESUELVE
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha de de 20.....

Firma y sello (personal de AMFFA)

IMPORTANTE: todos los espacios en blanco deben ser completados en forma manuscrita por el afiliado únicamente (a excepción de los espacios reservados para el personal de AMFFA).