



**F2 - FORMULARIO DE AFILIACIÓN**  
SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

**DATOS DEL AFILIADO**

Nombre y apellido:

CUIL:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Estado civil:

Tiene otra obra social / prepaga / servicio de salud:

Parentesco con el titular:

**DATOS DE CONTACTO**

Calle:

N°:

Piso:

Depto:

Provincia:

Localidad:

CP:

Celular:

Teléfono alternativo:

Correo electrónico:

**DECLARACIÓN JURADA DE PATOLOGÍAS O ENFERMEDADES  
PREEXISTENTES DEL TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR**

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**

**Descripción**

**Si/No**

**Observación**

Atrofia muscular

Retraso del desarrollo

Trastorno del habla / Lenguaje

Convulsiones / Epilepsia

Parálisis

Accidente cerebrovascular (ACV)

Infarto cerebral

Esclerosis múltiple

Firma del socio titular



Enfermedad de Alzheimer		
Enfermedad de Parkinson / Parkinsonismo		
Vértigo / Mareos		
Neuropatías		
Autismo		
Inestabilidad		
Desmayos		
Discapacidad neurológica		
Otras (Neurológicas)		

#### ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Esquizofrenia		
Depresión / Ansiedad		
Anorexia / Bulimia		
Drogadependencia		
Insomnio		
Trastorno obsesivo-compulsivo		
Discapacidad psiquiátrica		
Otras (Psiquiátricas)		

#### ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Asma		
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)		
Fibrosis quística		

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



Rinitis / Alergia		
Apnea del Sueño		
Tuberculosis		
Neumonía		
Bronquitis		
Alteraciones pleuropulmonares		
Broncoespasmos		
Falta de aire		
Otras (Respiratorias)		

#### ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS / INMUNOLÓGICAS

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Leucemia / Linfoma		
Trastorno de la coagulación		
Síndrome Antifosfolípido		
Hemofilia / Hemorragias		
Anemia		
Alteraciones de los ganglios		
Enfermedades inmunológicas / degenerativas		
Otras (Hematológicas)		

#### ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL MASCULINO

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Varicocele		
Disfunción prostática / Prostatismo		
Hiperplasia benigna de próstata		

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



Infertilidad (Está o estuvo en tratamiento)

Otras (Aparato genital masculino)

#### ENFERMEDADES RENALES Y DE LA VEJIGA

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Insuficiencia renal / diálisis		
Cálculos / Arenilla		
Nefropatías		
Infección urinaria		
Incontinencia urinaria		
Prolapso		
Quistes / Tumores / Pólipos		
¿Se ha realizado laboratorio de PSA?		
¿Valores?		
Otras (Renales y de la vejiga)		

#### AFECCIONES GINECOLÓGICAS Y/U OBSTÉTRICAS

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Endometriosis		
Miomas		
Nódulos		
Infertilidad (Está o estuvo en tratamiento)		
Embarazo en curso		
Abortos		
Displasia / Mastopatía		
Alteración del ciclo menstrual		
Menopausia		

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



Climaterio

Prolapso

Fecha de última menstruación

Otras (Ginecológicas y/u obstétricas)

### ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES

*Descripción*

*Si/No*

*Observación*

Artritis

Artrosis

Escoliosis

Hernia de disco

Trastornos de columna (Lumbalgia,  
cervicalgia, etc)

Osteoporosis / Osteopenia

Accidente con lesión osteomuscular

Antecedente de patología de rodilla,  
caderas, columna, manos, hombros, etc.

Artritis reumatoidea / Fiebre reumatoidea

Gota

Hiperuricemia

¿Artroscopía? ¿Rodilla u otra región?

Cirugías osteoarticulares

Otras (Osteoarticulares)

### ENFERMEDADES DIGESTIVAS

*Descripción*

*Si/No*

*Observación*

Hemorragia digestiva

Úlceras

Firma del socio titular



Pólipos		
Enfermedad celíaca		
Enfermedad de Crohn		
Colitis ulcerosa		
Cirrosis		
Cálculos biliares		
Pancreatitis		
Hernias		
Gastritis		
Reflujo		
Trastornos de conducta alimenticia (Anorexia, bulimia, etc)		
Hepatitis ¿Cuál?		
Cólicos		
Otras (digestivas)		

**ENFERMEDADES OTORRINOLARINGOLÓGICAS**

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Hipoacusia		
Indicación o uso de audífonos o implante coclear		
Hipertrofia amigdalina / Adenoides		
Nota audición disminuida		
Alteraciones de garganta, nariz u oído		
Tumores de cuerdas vocales		
Apnea		
Ronquido		
Otras (Otorrinolaringológicas)		

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



**ENFERMEDADES DE LA PIEL**

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Psoriasis		
Melanoma		
Alergias de piel		
Dermatitis atópica		
Eccemas		
Hidrosadenitis		
Otras (De la piel)		

**ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR - CIRCULATORIO**

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Soplos		
Hipertensión arterial		
Hipertensión pulmonar		
Angina de pecho (enfermedad coronaria)		
Infarto agudo de miocardio		
Enfermedades valvulares		
Insuficiencia cardíaca		
Arritmia		
Angioplastia / Stent		
Falta de aire / Casancio		
Chagas		
Varices / Araña vascular		
Otras (Del sistema circulatorio)		

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



**ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS**

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Enfermedades de Tiroides (Hipo, hiper, tiroiditis, etc.)		
Diabetes mellitus (Insulinodependiente o no)		
Síndrome metabólico (Hiperglucemia, insulina resistencia, etc.)		
Obesidad o sobrepeso (Antecedentes y tratamientos)		
Trastorno de crecimiento / Baja talla		
Dislipidemia (Colesterol)		
Retraso del crecimiento		
Hirsutismo		
Otras (Endocrinológicas)		

**ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS**

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Cataratas		
Estrabismo		
Glaucoma		
Baja visión		
Queratocono		
Prótesis ocular		
Miopía		
Antecedentes de cirugía		
Usa lentes o tiene indicación		
Alteraciones de retina		
Usa lentes		
Disminución visual		

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_





Maculopatía

Otras (Oftalmológicas)

#### ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Síndrome de Down		
Labio leporino		
Cardiopatía congénita		
Cardiopatía congénita corregida		
Otras (Congénitas o hereditarias)		

#### ODONTOLOGÍA

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Prognatismo		
Laterognatismo		
Hipoplasias		
Alteración ATM		
Bruxismo		
Otras (Odontológicas)		

#### OTRAS ENFERMEDADES

Otras enfermedades:

Si presenta diagnóstico de alguna enfermedad infectocontagiosa u otra que tenga derecho a reserva (está o estuvo en tratamiento), por favor informarlo a Auditoría Médica.

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



**ANTECEDENTES EN GENERAL**

<i>Descripción</i>	<i>Si/No</i>	<i>Observación</i>
Intervenciones quirúrgicas con o sin colocación de prótesis – indicar fecha		
Tiene indicación de cirugía en los últimos cinco años que no se haya realizado		
Tratamiento médico y/o en estudio por alguna afección (esté o no realizándolo)		
Estudios de tomografías, resonancias y/o biopsias en el último año		
¿Tiene algún trasplante? ¿Se lo indicaron? ¿Está inscripto en el INCUCAI?		
Certificado de discapacidad vigente o en trámite		
Tratamiento de cáncer (esté o no realizándolo) o antecedentes familiares		
¿Ha estado hospitalizado? ¿Por qué?		
¿Ha tenido algún accidente o lesión? ¿Consecuencias?		
Tiene algún antecedente heredofamiliar de relevancia (padres, hermanos, abuelos, etc)		
¿Tiene hijos? ¿Alguno de ellos presenta alguna patología? ¿Cuál?		
¿Presenta estudios con resultados anormales?		
¿Está en tratamiento kinésico, fisioterapéutico o prestación similar?		
¿Está en tratamiento psiquiátrico o psicológico?		
Otros (Intervenciones quirúrgicas, tratamientos, lesiones)		
¿Cómo define su alimentación? (omnívora, vegetariana, vegana, otra)		
Firma del socio titular		_____



**MEDICACIÓN**

<i>Droga</i>	<i>Dosis</i>	<i>Diagnóstico</i>	<i>Tomó / Toma / Debería</i>

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



### ESTADO GENERAL

<i>Descripción</i>	<i>Dosis / Estado</i>
Tabaco (Por día)	
Alcohol u otra sustancia	
Estado de salud (MB, B o M)	
Peso	
Altura	
I.M.C.	

### FORMA DE PAGO

Forma de pago (Transferencia, Pago Fácil, Crédito o Contado):

Datos de pago:

### INFORMACIÓN

Me comprometo a notificar ante cualquier cambio de los datos personales denunciados en el frente del formulario de afiliación.

Acepto recibir toda la información relacionada con el Servicio de Salud y el informe anticipado de débito/resumen a través del correo electrónico denunciado en la presente solicitud, desestimando la recepción de los mismos en soporte papel. Declaro conocer que la emisión del resumen generará un costo adicional.

Dejo constancia que son de mi conocimiento el reglamento de salud, sus planes y demás reglamentos de servicios, así como la ley N° 25.326 (Habeas Data) y sus normas complementarias, y autorizo el tratamiento de mis datos para el cumplimiento de los fines para los que me he asociado.

Firma del socio titular

\_\_\_\_\_



Me comprometo a abonar la cuota de socios y servicios por el término de un año, en forma mensual, del 1 al 10 del mes correspondiente. Y, de no manifestar fehacientemente lo contrario, lo seguiré haciendo por periodos anuales.

Para el supuesto caso de controversias, se establecen como válidos los domicilios consignados en este convenio, donde será válida cualquier notificación judicial o extrajudicial; y para el caso de litigio expresamente, se fijan los tribunales ordinarios de la ciudad de Córdoba con la renuncia expresa a cualquier otro fuero o jurisdicción.

En caso de detectarse una preexistencia no declarada y/o falsedad en la Declaración Jurada, el Servicio de Salud queda facultado a rescindir el contrato por exclusiva culpa del asociado o podrá hacer uso de la facultad que otorga el art. 10 del decreto 1993/11 y sus modificatorias. Declaro reconocer que la falsedad en una Declaración Jurada es un delito.

Me comprometo a completar este formulario de mi puño y letra, y presentarlo en formato papel en la sede de la Caja de Previsión y Seguridad Social de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba. Acepto la posibilidad de enviarlo de forma digital al correo electrónico del Servicio de Salud Solidario ([serviciomedico.afil@caja-abogados.com.ar](mailto:serviciomedico.afil@caja-abogados.com.ar)) para comenzar el trámite y, una vez afiliado, tengo 60 (sesenta) días para completar la presentación física.

Firma, aclaración y DNI del socio titular

\_\_\_\_\_