

MUTUAL MEDICA RIO CUARTO - 25 DE MAYO 399

TEL: 0358-4755200 – www.mutualmedica.org.ar

**DATOS DEL AFILIADO**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ MAIL: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PRESTADOR PARA EVENTUAL CONTACTO**

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

MAIL.: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

INSTITUCION: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES: El paciente ha padecido o padece: (marcar con una cruz en caso afirmativo).**

- |                                            |                                    |                                           |                                             |
|--------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="radio"/> FIEBRE REUMÁTICA     | <input type="radio"/> ARTRITIS     | <input type="radio"/> ARTROSIS            | <input type="radio"/> NEUMONIA              |
| <input type="radio"/> ASMA                 | <input type="radio"/> RINITIS      | <input type="radio"/> OTITIS              | <input type="radio"/> SINUSITIS             |
| <input type="radio"/> HEMORROIDES          | <input type="radio"/> HERNIA       | <input type="radio"/> VARICES             | <input type="radio"/> DIABETES              |
| <input type="radio"/> HIPOTIROIDISMO       | <input type="radio"/> DISLIPEMIA   | <input type="radio"/> ARRITMIA            | <input type="radio"/> SOPLO                 |
| <input type="radio"/> HTA                  | <input type="radio"/> ULCERA       | <input type="radio"/> LITIASIS            | <input type="radio"/> ENF. INTESTINALES     |
| <input type="radio"/> TRAST. MENSTRUALES   | <input type="radio"/> ESTERILIDAD  | <input type="radio"/> ANEMIA              | <input type="radio"/> TROMBOFILIA           |
| <input type="radio"/> HERNIA DE DISCO      | <input type="radio"/> CONVULSIONES | <input type="radio"/> EPILEPSIA           | <input type="radio"/> ADICCIONES            |
| <input type="radio"/> DEPRESION            | <input type="radio"/> GLAUCOMA     | <input type="radio"/> MIOPIA/ASTIGMATISMO | <input type="radio"/> QUERATOCONO           |
| <input type="radio"/> OBESIDAD             | <input type="radio"/> ESCOLIOSIS   | <input type="radio"/> MIGRAÑAS/CEFALEAS   | <input type="radio"/> PATOLOGIAS CONGÉNITAS |
| <input type="radio"/> RETRASO DEL LENGUAJE | <input type="radio"/> TEA/TGD      | <input type="radio"/> OTRAS               |                                             |

Otras patologías no especificadas: \_\_\_\_\_

Toma medicamentos SI  NO 

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_ T/A \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

**EXAMEN CLINICO (Ampliar detalles, tratamiento y seguimiento de los antecedentes personales declarados como positivos con letra clara y describir estado actual del paciente)**

**Estimado Dr.:** *El presente es un certificado médico de estado de salud y antecedentes personales que deberá ser llenado con información fidedigna obtenida de las comprobaciones, constataciones, consultas y diagnósticos que efectivamente Ud. debe haber realizado, siendo responsable de su contenido y ante la eventual falsedad de los datos que transcriba. Es importante que sea completado de manera clara y precisa, pues integrará la declaración jurada de antecedentes de salud del paciente a los fines de su incorporación como asociado de MUTUAL MÉDICA RÍO CUARTO, con los alcances previstos en los arts. 9 y 10 de la Ley N° 26.682*

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL ASOCIADO