

RNEMP: 4-2055-0
S.S.S. 0800-222-(SALUD) 72583
www.sssalud.gov.ar

Plan
Convenio
Vigencia
Promotor
Vía de pago

Por la presente, solicito se considere mi/nuestra admisión en esta institución en calidad de afiliado/s a los fines de utilizar los distintos servicios que la misma ofrece. Declaro conocer el reglamento de CÍRCULO MÉDICO SALUD y sus normas complementarias del servicio de salud. La presente solicitud de asociación está condicionada a mi/nuestra admisión en el servicio de salud, caso contrario pido que se tenga como no presentada.

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido:
Nombres:
Doc. Tipo: N°: Estado Civil: Fecha de Nac.:/...../..... Edad: Hijos:
Domicilio Real: Tel.: Localidad:
Domicilio de Pago: Tel.: Localidad:
Ocupación:
E-mail:

DATOS DE LOS ASOCIADOS DEL GRUPO A CARGO

	Apellido y Nombres	Documento	Fecha de Nac.	Parentesco	Firma mayores de 21 años
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

DATOS A CONSIGNAR

Lugar y fecha:
¿Cuántas personas viven en el domicilio del solicitante?
Apellido y Nombres de las personas que no ingresan:
Obra Social / Mutual o Prepaga que los protege:
¿Fue afiliado a esta Prepaga? Número de afiliado
Razones por las que dejó de pertenecer a ésta.....
¿Proviene de otra Obra Social o Mutual? ¿Cuál?
¿Qué comprobante presentaría?
Observaciones:

.....
Firma del Solicitante

.....
Aclaración

Ésta Declaración Jurada deberá ser llenada de puño y letra del Solicitante Responsable

Declaración Jurada de Salud:

Nombre del Titular o Responsable del Grupo:

		Integrantes del grupo a cargo							
		Titular	1	2	3	4	5	6	7
12	Genital Masculino								
	¿Varicocele? _____								
	¿Problemas de próstata? _____								
	¿Dificultad para orinar? _____								
	¿Fue operado? _____								
13	Genital Femenino								
	¿Problemas de ovario? _____								
	¿Problemas de útero? _____								
	¿Prolapso? _____								
	¿Fibroma? _____								
14	Si tiene hijos ¿Cuántos? _____ F.U.M. / /								
	¿Parto normal? _____ ¿Cesárea? _____ ¿Abortos? _____ ¿Fallecidos? _____ Motivo: _____								
	¿Diabetes HTA en el transcurso del embarazo? _____								
	¿Está embarazada? _____ Fecha probable de parto / /								
	¿Otros problemas? (Detallar punto 27) _____								
15	Musculo Esquelético								
	¿Fracturas? _____								
	¿Tiene prótesis? _____								
	¿Osteoporosis? _____								
	¿Reuma? _____								
	¿Dolores de columna Lumbar-Cervicales? _____								
	¿Gota? _____								
16	Piel								
	¿Psoriasis? _____								
	¿Lupus? _____								
	¿Quemaduras? _____								
	¿Cicatrices? _____								
17	Sangre								
	¿Anemia? _____								
	¿Leucemia? _____								
	¿Hemofilia? _____								
	¿Púrpura? _____								
18	Psiquiatría								
	¿Está en tratamiento? _____								
	En caso de respuesta afirmativa ¿Cuál es el diagnóstico? _____								
	¿Qué medicación toma? _____								
	¿Otros problemas? (Detallar punto 27) _____								
19	Oncología								
	¿Ha padecido algún tumor? _____								
	¿Dónde? _____								
20	Cirugía Estética								
	Integrantes del grupo ¿Se han realizado? _____								
	Describir Cirugías _____								
21	Consume ¿Alcohol? ¿Droga? ¿Fuma? _____								
	Cantidad: _____								
22	¿Ha estado internado?								
	¿Por qué? _____								
	¿Alguien del grupo familiar fue operado? _____								
	¿De qué? _____								
	Ampliar _____								
23	¿Toma medicamentos?								
	¿Cuáles medicamentos? _____								
	¿Está en tratamiento médico? _____ Motivo: _____								
	¿Psiquiátrico? _____ Motivo: _____								
	¿Necesita Fisioterapia? _____ Motivo: _____								
24	¿Necesita Fonoaudiología? _____ Motivo: _____								
	Peso y Estatura								
	Peso: _____								
	Altura: _____								
	¿Ha variado de peso en el último año? _____								
25	En caso de respuesta afirmativa aclarar _____								
	Bulimia _____								
	Anorexia _____								
25	¿Ha sido rechazado y/o dado de baja en otra Mutual/Obra Social? _____ ¿Por qué? _____								

Ésta Declaración Jurada deberá ser llenada de puño y letra del Solicitante Responsable
Declaración Jurada de Salud:

26

Profesionales médicos que los atienden:

Apellido y Nombre: _____ Lugar de atención: _____ Teléfono: _____
Apellido y Nombre: _____ Lugar de atención: _____ Teléfono: _____
Apellido y Nombre: _____ Lugar de atención: _____ Teléfono: _____

27

Espacio para ampliar datos por parte del afiliado sobre tratamientos, cirugías y/o prótesis

¿Sabe qué es una preexistencia?

Es haber padecido o padecer una enfermedad y no declararla, y por consiguiente no será cubierta y es causa de cancelación del convenio por falsedad en la declaración jurada.

Declaro bajo fe de juramento que mis datos personales y los consignados en la Declaración Jurada de salud son ciertos, y que cualquier falsedad en que hubiere incurrido dará derecho a CÍRCULO MÉDICO SALUD a proceder a la cancelación automática de los servicios y solicitar la devolución de los importes que CÍRCULO MÉDICO SALUD hubiere pagado. Los datos de los restantes miembros del grupo familiar también son fidedignos y su admisión será condicional, hasta que cada uno de ellos en forma personal los ratifique previo a utilizar los servicios de salud, o en su defecto, dentro de los treinta días de confeccionada esta solicitud, siendo aplicables las mismas consecuencias en caso de falsedad. Si la información no fuere confirmada por los interesados, CÍRCULO MÉDICO SALUD se reserva el derecho de revocar su admisión condicional.

RATIFICACIÓN (DE PUÑO Y LETRA)

Fecha: / /

.....
Firma del solicitante

.....
Firma del solicitante

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Firma del Solicitante

.....
Firma del Solicitante

.....
Aclaración

.....
Firma del promotor

.....
Aclaración

.....
Aclaración

Informe de Auditoría Médica

.....
.....
.....
.....

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del Médico Auditor

APROBADO

Comité de Admisión
(Tachar lo que no corresponda)

RECHAZADO

.....
Área Producción

.....
Auditoría Médica

.....
Consejo de Administración