



serosvital

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Apellido y Nombre: _____

DNI N.º: _____

Nacionalidad: _____

Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: _____

Cuit/ Cuil : _____

Profesión: _____

Dirección Personal: _____

Cod. Postal: _____

Dirección Postal (en caso de corresponder): _____

Celular N° _____

E-mail: _____

DATOS DEL GRUPO FAMILAR

Apellido y Nombre:

Parentesco

Fecha de
nacimiento

DNI

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

OBSERVACIONES

Lugar y fecha:

firma y aclaración

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

DATOS DEL TITULAR DE SEROS VITAL

Apellido y Nombre: _____

Nº DNI: _____

Sexo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Prov: _____

C.P.: _____ Cel: _____

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

1) Nombre y Apellido: _____

Parentesco: _____

DNI: _____ Fecha Nac: _____

2) Nombre y Apellido: _____

Parentesco: _____

DNI: _____ Fecha Nac: _____

3) Nombre y Apellido: _____

Parentesco: _____

DNI: _____ Fecha Nac: _____

4) Nombre y Apellido: _____

Parentesco: _____

DNI: _____ Fecha Nac: _____

5) Nombre y Apellido: _____

Parentesco: _____

DNI: _____ Fecha Nac: _____

Lugar y Fecha

Firma o impresión digital

CERTIFICACION DE FIRMA

Certifico que la Firma/ o impresión digital que antecede ha
sido puesta en mi presencia y corresponde a :

LUGAR y FECHA

FIRMA AUTORIZADA Y SELLO ACLARATORIO

DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

- 1)- fecha de la última vez que se realizó estudios – análisis _____
 ¿El resultado fue normal? SI / NO
 Si la respuesta es No, detalle el diagnóstico _____
- 2)- ¿Tiene colocado un marcapasos o cardiodesfibrilador? SI / NO
- 3)- ¿Tiene colocada una prótesis traumatológica? SI / NO
 Fecha: _____
 Tipo de prótesis: _____
- 4)-¿Cuenta con antecedentes de enfermedades psiquiátricas? SI / NO
 ¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico? SI / NO
 Diagnóstico: _____
 Medicación: _____
 Internaciones psiquiátricas: SI / NO
 Fecha: _____
- 5) ¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas? SI / NO
 Fecha: _____
 Motivo: _____
- 6) ¿Se encuentra realizando algún tratamiento (fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, terapia ocupacional, otros)? SI / NO
 ¿Cuál/es?: _____
 Diagnóstico: _____
 Médico tratante: _____
- 7)¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias? SI / NO
 ¿Cuál/es?: _____
- 8) ¿Ha recibido transfusiones de sangre? SI / NO
 Causa: _____
 Fecha: _____
- 9) Está embarazada? SI / NO
- 10) Cantidad de hijos (Detallar cuántos hijos tiene cada integrante mayor de 14 años)

- 11) Padece actualmente alguna enfermedad o alteración física que requiera estudios, cirugías o internaciones en los próximos 6 meses? SI / NO
 ¿Cuál/es?: _____
 Diagnóstico: _____
- 12)¿Ha presentado o presenta alguna de estas patologías: diabetes tipo 1 o 2, VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, mal de Chagas? SI / NO
 Otras, ¿cuál/es?: _____
- 13)¿Padece o padeció adicciones (drogas, alcohol, etc.)? SI / NO
 ¿Cuál/es?: _____
 ¿Está o estuvo en tratamiento? SI / NO
 Fecha del tratamiento: _____
- 14)¿Presenta trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad)? SI / NO

¿Cuál/es?: _____

15) **Peso (kg)** _____

16) **Altura (m)** _____

17) ¿Tiene, tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad? SI / NO

Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado: _____

18) **Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores ?** SI / NO

¿ Cuales? _____

19) ¿Tiene dificultades en la visión y/o en la audición ? SI / NO

¿ Cuales _____

Diagnóstico: _____

20) ¿ Posee antecedentes de cirugías? SI / NO

Tipo de cirugía: _____

Fecha: _____

Diagnóstico: _____

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN: _____

La presente planilla con los antecedentes de Salud declarados precedentemente, revisten carácter de Declaración Jurada, El suscripto declara conocer la reglamentación y toma conocimiento de que cualquier falsedad, omisión o inexactitud de la presente declaración jurada deliberada o no, dará derecho al ISSYS a iniciar acciones civiles y penales (artículo 172 del Código Penal de la Nación Argentina) que pudieran corresponder, como así también el análisis de la documentación y recalcado de la cuota.

NOMBRE Y APELLIDO: _____

DNI N.º: _____

FIRMA Y ACLARACION



DECLARACION JURADA DE INGRESOS

EL QUE SUSCRIBE DECLARA BAJO JURAMENTO QUE SUS INGRESOS MENSUALES SON _____ DE PESOS APROXIMADAMENTE.

FIRMA Y ACLARACION : _____

DNI N.º _____