

REQUISITOS PARA LA AFILIACION VOLUNTARIA DEL CONYUGE

> ANÁLISIS

Laboratorio Analítico (hemograma, eritrosedimentación, glucemia, uremia, orina completa, chagas HIV Hepatitis "B", Electrocardiograma.

> **Acta de Matrimonio o Certificado de Convivencia extendido por Juez de Paz con un mínimo de 3 años o Partida de Nacimiento de un hijo en común.**

> **Certificación de la ANSES.**

> **Fotocopia Ultimo Recibo de Sueldo del Titular.**

DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

C1- Aparato circulatorio.-

C5- Sistema nervioso.-

C9- Endocrinas.-

C2- Aparato respiratorio.-

C6- Sanguíneas y linfáticas.-

C10- Psiquiátricas.-

C3- Aparato digestivo.-

C7- Óseas y musculares.-

C11- Otras.-

C4- Sistema uro-genital.-

C8- De los sentidos.-

Nº Documento Beneficiario	Cod	Descripción de la Patología por Beneficiario
	Patología	
MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL POR BENEFICIARIO		

Sobre la base de la declaración jurada, el I.O.S.P.E.R. Se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión; en caso de hacerlo no cubrirá las enfermedades congénitas ni las preexistentes al ingreso, conocidas o no por el beneficiario y/o su grupo familiar, hubieran sido o no declaradas precedentemente ni sus complicaciones y/u otras enfermedades que resulten agravadas o complicadas.-

El suscripto declara bajo juramento que la información suministrada precedentemente es autentica y toma conocimiento que cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará el contrato, sin perjuicio del derecho que pudiera corresponder.-

La atención médica que requiera el afiliado como consecuencia de un accidente en el que existe tercero responsable acarreará la obligación por parte del beneficiario para subrogar al I.O.S.P.E.R. en los derechos y acciones que le correspondan contra el causante del siniestro, hasta el limite del gasto a cargo del I.O.S.P.E.R. por las prestaciones médico-asistenciales dadas con motivo del accidente.-

Firma del Titular

Certifico que los datos de salud/enfermedad consignados en la presente, fueron corroborados de la siguiente forma:

Examen clínico de cada uno de los integrantes del grupo familiar.-

A través de prácticas de diagnóstico y/o tratamiento.-

(Marcar con una cruz (x) lo que corresponda)

Firma y sello del Profesional

PARA USO INTERNO:

OBSERVACIONES:
.....
.....

Fecha: de de 20.....

Form: 14789/A

Firma y sello del Médico Auditor