# DECLARACION JURADA DE SALUD PARA SEGURO SAN DIEGO PARA MENORES DE EDAD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha |  | Fecha de nacimiento |  |  |
| Nombre del Beneficiario |  | Edad. |  | PLAN: |  |
| Nombre del Titular |  | Firma |  |  |
| Pre-paga previa |  |  |
|  | ¿Su hijo/ a ha padecido o padece de? | Sí | No | Descripción |
| 1 | Trastornos genéticos |  |  |  |
| 2 | Malformaciones congénitas |  |  |  |
| 3 | Enfermedades metabólicas |  |  |  |
| 4 | Enfermedades neoplásicas (i.e linfomas, sarcomas, u otros) |  |  |  |
| 5 | Enfermedades hematológicas como anemia, leucemia, hemofilia uotras. |  |  |  |
| 6 | Asma, hiperreactividad bronquial u otras enfermedades respiratorias. |  |  |  |
| 7 | Cardiopatías congénitas o cualquier otra enfermedad cardiovascularincluidas, pero no limitadas a las siguientes; fiebre reumática, prolapso de la mitral, síndrome de Kawasaki, hipertensión arterial. |  |  |  |
| 8 | Autismo, epilepsia, convulsiones u otros trastornos neurológicos |  |  |  |
| 9 | Diabetes, hipotiroidismo u otros trastornos endocrinológicos |  |  |  |
| 10 | Enfermedades del riñón, como glomérulo nefritis o infeccionesurinarias recurrentes. |  |  |  |
| 11 | Enfermedades del estómago, del intestino, del hígado o de lavesícula biliar. |  |  |  |
| 12 | Enfermedades de los huesos, músculos o articulaciones incluidas,pero no limitadas a las siguientes: artritis reumatoidea juvenil dermatomiositis, osteoporosis. |  |  |  |
| 13 | Enfermedades autoinmunes o inflamatorias como el Lupus SistémicoEritema toso o ciertas vasculitis. |  |  |  |
| 14 | Enfermedades infecciosas como tuberculosis, hepatitis B, sífilis uotras. |  |  |  |
| 15 | Ansiedad, depresión, anorexia nerviosa, bulimia o cualquier otrotrastorno mental. |  |  |  |
| 16 | Adicción al alcohol, a la nicotina o a drogas de uso recreacional |  |  |  |
|  | Su Hijo/a… |  |  |  |
| 17 | ¿Ha sido sometido a cirugía o internado por alguna otra razón? |  |  |  |
| 18 | ¿Ha recibido quimioterapia o radioterapia? |  |  |  |
| 19 | Medicinas que utiliza actualmente |  |  |  |
| 20 | ¿Padece alguna enfermedad no mencionada previamente? |  |  |  |

Por medio de la presente declaro bajo fé de juramento que toda esta información es completa y acepto suscribir la misma.

# EXAMEN FISICO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FC: | FR: | PA: | Temperatura | Sat02 |
| Peso: | Percentil: | Altura | Percentil |  |

EXAMEN FISICO (a completar por el médico) Tildar SP si es normal o describir la alteración en el espacio correspondiente

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normal | Anormal | Descripción |
| Cabeza |  |  |  |
| Ojos, nariz, boca, oídos |  |  |  |
| Cuello |  |  |  |
| Piel y faneras |  |  |  |
| Aparato respiratorio |  |  |  |
| Aparato cardiovascular |  |  |  |
| Abdomen |  |  |  |
| Aparato genitourinario |  |  |  |
| Extremidades |  |  |  |
| Sistema Nervioso |  |  |  |

# PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO MEDICO DE SEGURO SAN DIEGO.

Pre existencias declaradas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Código | Patología | Código | Patología |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Estado de salud Bueno Regular Malo Recomendación: Aceptar Rechazar

Firma: Registro Profesional N.º: