

**DATOS DEL SOCIO TITULAR**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha Nac.: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_ Tel. Part.: \_\_\_\_\_ Tel. Cel.: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_

Block: \_\_\_\_\_ Manzana: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Escalera: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Loc.: \_\_\_\_\_

Prov.: \_\_\_\_\_ C.U.I.L.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RECIÉN NACIDO**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_ C.U.I.L.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Talla (altura) al nacer: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_

¿El recién nacido, actualmente tiene cobertura de Obra Social? Sí  No  ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA DE PATOLOGÍAS**

Responder el siguiente cuestionario con referencia al recién nacido. Encerrar con un círculo la respuesta correspondiente (Sí o No). Realizar las aclaraciones necesarias en el espacio "Observaciones". En caso de no estar especificada la patología que padece, agregarlas en el espacio de "Otras". Completar los espacios puntuados con el detalle que corresponda. El cumplimiento de este cuestionario no implica el ingreso a la Mutual, el mismo será evaluado por la Auditoría Médica, quien decidirá al respecto. Los casos rechazados no serán reconsiderados. En caso de detectarse una preexistencia no declarada o falsedad en la Declaración Jurada, Jerárquicos, queda facultado o rescindir el contrato por exclusiva culpabilidad del asociado.

**ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS**

HIV: Sí  No  Hepatitis B: Sí  No  Chagas: Sí  No  Toxoplasmosis: Sí  No

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_

**MALFORMACIONES CONGÉNITAS**

Cardiopatía Congénita Corregida: Sí  No  Labio leporino: Sí  No  Pie bot: Sí  No  Displasia de cadera: Sí  No

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_

**ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS**

Síndrome de Down Sí  No

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_ OTRAS: \_\_\_\_\_

**VACUNAS**

BCG: Sí  No  Primera Dosis Hepatitis B: Sí  No

**COMPLETAR, FIRMAR Y ENVIAR A LA ADMINISTRACIÓN POR CORREO POSTAL, FAX O CORREO ELECTRÓNICO**

(LUGAR Y FECHA) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Quien suscribe \_\_\_\_\_, Socio N° \_\_\_\_\_ solicita el ingreso a la Mutual del recién nacido. Dejo constancia, a su vez, que son de mi conocimiento el reglamento de Salud, sus planes y demás reglamentos de Servicios, como así también la Ley N° 25326 (Habeas Data) y sus normas complementarias.

\_\_\_\_\_  
FIRMA ACLARACIÓN TIPO Y N° DE DOCUMENTO