

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 _____