



ENTE AUTARQUICO - LEY NACIONAL Nº 24.741

GRUPO FAMILIAR PRIMARIO

Por favor complete los datos por cada uno de los integrantes de su grupo familiar primario. Sólo consigne la información de los **beneficiarios que estarán a su cargo** en la Obra Social.

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| Apellido y Nombre/s: | | <input type="text"/> | |
| DNI: | <input type="text"/> | CUIL: | <input type="text"/> |
| Fecha Nacimiento: | <input type="text"/> | Vínculo: | <input type="text"/> |
| Domicilio: | <input type="text"/> | Email: | <input type="text"/> |
| ¿Posee otra cobertura de salud? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | | ¿Cuál? | <input type="text"/> |

| | |
|--|---|
| 1. Intervenciones quirúrgicas (Tipo y fecha) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Accidentes Graves (Fecha y secuelas) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. ¿Padece enfermedades actualmente? ¿Cuáles? | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Incapacidades/discapacidades: | Certificado Discapacidad: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Medicamentos que consume en forma crónica o por tratamientos. | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. Declarar Prácticas Deportivas. Si posee Seguro, detallarlo también: | |
| <input type="text"/> | |

NOTA: No se cubren dolencias derivadas de deportes federados ni deportes de alto riesgo.

7 . Observaciones

| |
|--|
| |
|--|

Declaro bajo juramento no ocultar ninguna patología, ni diagnóstico que no haya sido mencionado en mi historia clínica.

Por la presente declaración reconozco, haber leído, aceptado y firmado las **Condiciones Generales y Reglamentaciones ASPURC** que en Adjunto se entrega, conocer que cualquier omisión podrá dar lugar a la inmediata y automática exclusión de la Obra Social ASPURC.

FIRMA

ACLARACIÓN