



Formosa, de de

Señor
INTERVENTOR DEL I.A.S.E.P.
SU DESPACHO

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con el objeto de solicitarle quiera tener a bien y por la vía que corresponda se autorice la afiliación discapacitado/a y la cobertura del 100% de acuerdo a la Resolución N° 4096/786 de mi hijo/a
.....

Adjunto a la presente las siguientes documentaciones:

1. Fotocopia del recibo de haberes, D.N.I., CUIL, Certificación del ANSES (padres).
2. Constancia de la repartición que percibe salario por hijo discapacitado.
3. Fotocopia del DNI(hijo/a).
4. CUIL y Certificación negativa del ANSES (hijo/a).
5. Fotocopia Acta de Nacimiento legalizado (hijo/a).
6. Historia Clínica.
7. Información sumaria judicial de tenencia a cargo, donde conste que no posee obra social, ingreso fijo ni relación de dependencia.
8. Certificado de discapacidad otorgado por el Ministerio de Desarrollo Humano.

Sin otro particular y a la espera de una resolución favorable le saludo a Ud. atentamente.

Firma

Aclaración

Afiliado N°

Repartición.....



HISTORIA CLINICA

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre..... D.N.I.

Carnet N°..... Edad Nacionalidad.....

Domicilio..... Fecha de Nacimiento...../...../.....

CAUSA DE LA CONSULTA: (Enfermedad referida por el paciente).....

.....

.....

ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS EFECTUADOS:.....

.....

.....

EVOLUCIÓN:.....

.....

ESTADO ACTUAL: (Biotipo).....

Talla:..... Peso:.....

ANTECEDENTES HEREDITARIOS:.....

.....

ANTECEDENTES PERSONALES:.....

CONCLUSIÓN CLÍNICA: (Diagnóstico presuntivo o certeza de la afectación que padece).....

.....

.....

SE REQUIERE: (Especificar examen complementarios solicitados y nosocomio aconsejado).....

.....

.....

PRONOSTICO:.....

LUGAR Y FECHA:.....

.....

INSTITUTO DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EMPLEADOS PUBLICOS - IASEP

PLAN DE TRATAMIENTO

NOMBRE GENERICO	NOMBRE SUGERIDO	PRESENTACION	Dosis/Kg/día/m	CANTIDAD	DURACION	CICLOS	TOTAL

PRESCRIPCION:

Inicio de tratamiento

Mantenimiento/Ayudante

Cambio de esquema

Firma y Sello del Profesional:.....



DECLARACION JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

CORRESPONDE A SOLICITUD DEL AFILIADO N°/00

APELLIDO Y NOMBRE: _____

Domicilio: _____ Fecha Nacimiento ____/____/____ Estado Civil _____ M – F _____

Documento de Identidad _____ Parentesco Titular _____

¿Está bajo tratamiento médico? _____ En caso afirmativo ¿por qué? _____ ¿Desde cuándo? _____

¿Tiene médico de confianza o consulta al hospital? _____ Nombre y Apellido _____ Domicilio consultorio _____

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? _____ ¿En qué fecha? _____

¿Qué clínica o sanatorio? _____

¿ha sufrido intervenciones quirúrgicas accidentes o heridas? _____ Fecha _____ Causa _____ Consecuencias _____

¿Cuál fue su última enfermedad? _____ ¿En qué fecha? _____

¿Adolece de alguna enfermedad? _____ ¿Cuál? _____

¿Se le ha encomendado una intervención quirúrgica? _____ ¿De qué? _____

Embarazo _____ Tiempo _____

Declare seguidamente que enfermedad ha padecido anteriormente _____

¿Qué medicamento toma habitualmente? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre y Apellido del Padre _____

¿Padece alguna enfermedad? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

Fallecido: SI _____ NO _____ Caso afirmativo, causas _____

Nombre y Apellido de la Madre _____

¿Padece alguna enfermedad? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____

Fallecida: SI _____ NO _____ Caso afirmativo, causas _____

IMPORTANTE

Sobre la base de la Declaración Jurada el IASEP 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, conocida o no por el beneficiario y/o su grupo familiar, hubiere 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 auténtica y toma conocimiento de cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invalidará el contrato, sin perjuicio del IASEP a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder. La atención médica que requiere el afiliado como consecuencia de un accidente en el que existe terceros responsables acarreará la obligación por parte del beneficiario para subrogar al IASEP en los derechos y acciones que le correspondan contra el causante del siniestro, hasta el límite del gasto del IASEP por las prestaciones medi-asistenciales dadas con motivo del accidente.

.....
FIRMA DEL TITULAR

.....
ACLARACION

.....
FECHA

Indique con una cruz el casillero que corresponda según su estado de salud actual o pasada

En observaciones podrán indicar la fecha y especificar el diagnóstico

ANTECEDENTES MÉDICOS

OBSERVACIONES

ALERGIAS	
ALTERACIONES DE LIPIDOS	
HIPERTENSION ARTERIAL	
ENFERMEDADES CARDÍACAS	
ENFERMEDADES DIGESTIVAS	
CALCULOS DE VESÍCULA	
CÁLCULOS DEL RIÑON	
ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS	
CESAREAS PREVIAS	
ENFERMEDADES DE LA VISION	
ENFERMEDADES DE LA NARIZ, GARGANTA Y OIDO	
ACCIDENTES CEREBROVASCULARES	
ASMA	
EPILEPSIA	
DIABETES	
FRACTURAS	
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	
TUMORES Y/O CÁNCER	
TABAQUISMO	
HÁBITO DE BEBER	
ADICCIÓN DROGAS/MEDICAMENTOS	
LUMBALGIAS	
TUBERCULOSIS	
PSIQUIATRICAS	
HIV-SIDA	
OTROS	

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

DOSIS DIARIA

El que suscribe _____ DNI _____
declara expresamente haber leído y contestado correctamente todas las preguntas e informaciones formuladas en la presente declaración así como conocer y aceptar las condiciones de afiliación, cobertura y reglamentos generales.

FIRMA

ACLARACIÓN

VERIFICACION AUDITORIA MÉDICA

Firma y sello Médica Auditor
IASEP

Fecha/...../.....