



# Ficha Incorporación

## Cónyuge, hijos e hijas



### DECLARACIÓN JURADA

#### Datos del Titular

Apellido y Nombres: .....

Afiliado/Jubilado/Pensionado N°: .....

Registro N°: ..... Asiento N°: ..... Fecha de Juramento: ...../...../.....

Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Estado Civil: .....

Tipo y N° de Doc: .....

Domicilio Particular: .....

Localidad: ..... Teléfono: ..... C. Postal: .....

Domicilio Profesional: .....

Localidad: ..... Teléfono: ..... C. Postal: .....

Email: .....

#### Familiares a cargo

Apellido y Nombre	Parentesco	Tipo y N° de Documento	Fecha de Nacimiento	Estado Civil	ver referencias		
					1	2	3

¿Es su cónyuge profesional, trabaja en relación de dependencia o ejerce actividad independiente?

Indicar: .....

¿Tiene su familia otra Obra Social o está asociada a plan de medicina prepaga?

Indicar cuál: .....

Fecha: .....

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INDICADOS SON CORRECTOS.  
Me comprometo a comunicar en forma inmediata y fehaciente a la Caja Notarial cualquier modificación en los datos de la presente, sin tener derecho a reclamo alguno en caso de incumplimiento.

**SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS**

Sí  No

*\*servicio con costo adicional*

**Referencias**

**1-** ¿Desea Afiliarlo al Servicio Médico?

Sí  No

**2-** ¿Servicio Odontológico?

Sí  No

**3-** ¿Está incapacitado?

Sí  No

**Nota:**

- En caso de no alcanzar el formulario, completar abajo.
- Si el/la cónyuge a cargo se encuentra afiliado/a como escribano/a a esta Caja Notarial, deberá aclararlo y especificar en N° de Afiliado.
- El Servicio Médico es obligatorio para el Titular, salvo Jubilados y Pensionados que no residan en la provincia de Córdoba y acrediten poseer otra Obra Social.
- Los familiares que se incorporen al Servicio Médico deberán cumplir el período de carencia que establece el Cap. III de la Reglamentación.

---

---

---

---

---

---

---

---

-----  
Firma y Sello Profesional

# Declaración Jurada de antecedentes de salud

Res. N°: ..... Acta N°: .....

Apellido y Nombre del titular: .....

Afiliado / Jubilado / Pensionado N°: .....

Apellido y Nombres del Postulante: .....

Fecha y Lugar de Nacimiento: .....

Domicilio y Código Postal: .....

Profesión o Actividad Principal: .....

¿Ha tenido o tiene actualmente Obra Social? Si  No

En caso afirmativo, señalar cuál: .....

¿Cuál es su peso actual?.....¿Cuál es su talla actual?.....

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente (operado/a)? Si  No

En caso afirmativo, ¿cuál/es fue o fueron la/s cirugía/s?:.....

.....

¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad grave?

¿Cuál? .....

.....

¿Ha tenido algún accidente de tránsito, laboral o del hogar que le provocara

lesiones de importancia? Si  No

¿Con qué consecuencia? .....

¿Ha estado hospitalizado? Si  No

¿Por qué? .....

.....

.....

¿Ha sido atendido alguna vez de urgencia? Si  No

¿Por qué y dónde? .....

.....

.....

¿Adolece de alguna/s enfermedad/es ahora? Si  No

En caso afirmativo, señale cuáles: .....

.....

.....

¿Está bajo atención médica? Si  No

¿Por quién? .....

.....

.....

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis meses? .....

.....

.....

¿Cómo considera su salud en este momento? .....

.....

¿Está usted embarazada? Si  No

¿Desde cuándo? .....

.....

MARQUE CON UNA CRUZ EN CASO DE HABER PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES

Enfermedades cardiovasculares:  Hipertensión arterial:   
Cáncer:  Depresión u otras enfermedades psiquiátricas:   
Artritis o Reumatismos:  Diabetes:  Enfermedades Neurológicas:   
Enfermedades Respiratorias Crónicas (Asma, EPOC, otras):   
Otras enfermedades:

En caso afirmativo, señalar cuál o cuales: -----  
-----  
-----

Observaciones: -----  
-----  
-----  
-----  
-----

La presente tiene por objeto dejar expresamente establecido su estado psicofísico, previo a su afiliación o reafiliación a esta institución.  
En consecuencia, declaro bajo juramento que la información antes referida es de absoluta veracidad.

Córdoba -----

-----  
Firma y aclaración del postulante

-----  
Firma y aclaración del titular

**Nota: en el caso de los hijos menores de edad del titular, éste deberá suscribir la presente Declaración Jurada**