

lugar: _____ fecha: _____
 filial: _____ asociado n°: _____
 cuenta n°: cuenta corriente pesos
 caja de ahorros dólar

DECLARACIÓN DE SALUD

apellido: _____ nombres: _____ tipo y n° doc. de id.: _____
 tipo de crédito: personal prendario hipotecario monto: u\$s \$ plazo: _____

INFORMAR:

I) Sufre o ha sufrido de alguna de las molestias, enfermedades, etc., que se mencionan? (CONTESTAR TODOS LOS PUNTOS).

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1° circulatoria o coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2° cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3° digestivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4° de los órganos genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5° glandulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6° tumores / quistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7° bazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8° diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9° infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10° gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11° articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12° neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13° óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14° fiebre a intervalos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15° infecciosas inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16° sudoración nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17° ganglios linfáticos inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18° epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19° diarreas crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20° tos o expectoración abundante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21° tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22° hepatitis (informar cuál)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23° gonorrea o sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24° parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25° HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26° colesterol /triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27° visuales/auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si contestó afirmativamente alguna de las anteriores preguntas, o tuvo alguna otra enfermedad no especificada antes,

conteste: ¿cuál? _____

fecha de ocurrencia: _____

¿se halla en tratamiento médico por tal afección? si no Profesional que lo asiste/asistió: _____

domicilio: _____

estudios realizados: _____

resultados: _____

tratamiento instituido: _____

II) ¿Ha estado bajo tratamiento médico, de radioterapia, quimioterapia, o inmunoterapia, en los últimos 5 años? si no

¿cuál? _____

fecha de ocurrencia: _____

¿por qué causa? _____

nombre y dirección del profesional que lo asistió: _____

institución: _____

III) ¿Sufrió algún accidente, herida u operación quirúrgica? si no ¿cuál? _____

fecha de ocurrencia: _____

¿por qué causa? _____

¿cuáles fueron las consecuencias? _____

profesional que lo asistió: _____

hospital/sanatorio: _____

IV) ¿Ha efectuado análisis/radiografías/estudios? si no ¿cuáles? _____

¿quién se lo indicó? _____

fecha de los mismos: _____

resultado de los estudios practicados: _____

V) ¿Padece alguna incapacidad? si no ¿cuál? _____

¿desde cuándo? _____

¿presenta secuela de accidentes o enfermedades? si no, naturaleza: _____

¿desde cuándo? _____

¿padece de alguna enfermedad crónica? si no, informar cuál: _____

¿desde cuándo? _____

VI) ¿Se considera actualmente sano? si no Estatura: _____

Peso kg.: _____

Cifras de presión arterial: máx. _____ mín. _____

Autorizo a esta entidad a solicitar informes acerca de mi salud a los médicos que me han asistido o que me asistan en el futuro en cuanto se relacione con el crédito solicitado, relevándolos de la obligación de guardar el secreto profesional.
