

# Solicitud de Admisión

 TIPO DE VENTA  Directo  Desregulado

Bs. As. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

N°

Nro. Asociado

Alta \_\_\_\_\_

Modificación \_\_\_\_\_

Solicito el ingreso como socio a Hominis: Plan: \_\_\_\_\_ Vigencia: mes: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

### Datos del titular\*

Apellido y Nombres

0							
Fecha de Nac.				Sexo	Est. Civil	Documento (tipo y N°)	Cuil/Cuit
Domicilio de Residencia							
Calle					N°	Piso	Dpto.
Localidad	Código Postal			Teléfono			
E-mail							Tel. Celular

### Domicilio Postal\*

Calle					N°	Piso	Dpto.
Localidad	Código Postal			Teléfono			
E-mail							
Observaciones							

### Datos del grupo familiar\*

	Apellido y Nombres	Fecha de Nac.	Sexo	Est. Civil	Documento (tipo y N°)	Parentesco	CUIL
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

### Empleador

Razón social:			
N° de CUIT:			
Sueldo remunerativo aprox. \$:	Valor del plan superador \$:		
Valor estimativo del aporte \$:	Diferencia estimada a pagar por el socio \$:		

### Forma de Pago

Efectivo <input type="checkbox"/>	Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	Tarjeta de débito <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	--	--------------------------------

Declaro que la información suministrada es exacta y que estoy en conocimiento, que cualquier error u omisión puede causar el rechazo de la presente solicitud y/o la baja en forma inmediata conforme reglamento, como así también haber leído detenidamente en su totalidad las condiciones de la cobertura, modalidad, la utilización de los servicios y haber recibido la documentación vigente: Reglamento General y Cuadro de Beneficios.

La suscripción de la presente solicitud así como su recepción por parte de MEDICINA PREPAGA HOMINIS S.A. no implica ni formulación, ni aceptación de la oferta por parte de ninguno de los firmantes.

Al servicio sólo se accede con la credencial habilitante . Retira credencial en sucursal  Se envía por correo

Pueder ser requerido el D.N.I. para su atención.

Firma del socio: ..... Nombre y Apellido del Promotor: .....

Aclaración: ..... Firma: .....

DNI: ..... Nombre y Apellido de Supervisor: .....

Firma: .....

**DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD**  
(Indique con una X si algún miembro del grupo padece o padeció esa enfermedad)

Antecedentes	Miembros del grupo								Antecedentes	Miembros del grupo							
	0	1	2	3	4	5	6	7		0	1	2	3	4	5	6	7
Identifique si se encuentra actualmente en trat. médico o lo ha estado en los últimos seis meses									Enfermedades en la sangre (anemias, leucemia, linfomas, afecciones de los ganglios, hemofilia, trastornos de coagulación, etc.)								
Afecciones de la piel (psoriasis, tumores, lunares malignos, etc.), afecciones en labios y encías.									HIV.								
Antecedentes cardiovasculares.									Incontinencia urinaria.								
Accidentes cerebro vasculares.									Malformaciones de cualquier tipo.								
Arritmia.									Marcapasos o stent.								
Enfermedad coronaria (infarto de miocardio, angina de pecho).									Obesidad severa.								
Hipertensión arterial.									Patologías del aparato digestivo. (gastritis, hemorragias digestivas, hemorroides, hepatitis, pólipos, úlceras, cirrosis, cálculos vesicales, etc.)								
Alcoholismo/tabaquismo u otras adicciones.									Patología de huesos o músculos (fracturas, artrosis, osteoporosis, hernia de disco, debilidad muscular, etc.)								
Aneurismas vasculares de cualquier locación.									Patologías del aparato respiratorio (asma, bronquitis, crónica, enfisema, etc.)								
Artritis.									Problemas de nariz, garganta, oído (adenoides, otitis a repetición, nódulos en las cuerdas vocales, etc.) Hipoacusia.								
Antecedentes neurológicos. Epilepsia y/o convulsiones, desmayos, inestabilidad.									Problemas renales o en las vías urinarias (cólicos, cálculos, infecciones repetidas, tumores, insuficiencia renal, etc.)								
Antecedentes ginecológicos, obstétricos o mamarios (nódulos, quistes, tumores, displasias, esterilidad, abortos, etc.)									Enfermedad prostática.								
Bulimia-Anorexia.									Prótesis y órtesis de cualquier tipo.								
Chagas.									Trastornos arteriales o venosos.								
Colagenopatías (lupus, artritis).									Tumores benignos cerebrospinales.								
Enfermedades del metabolismo y/o endocrinológicas (diabetes, lupus, gota, obesidad, hipo o hipertiroidismo, colesterol elevado, etc.)									Tumores malignos de cualquier localización								
Enfermedades congénitas o hereditarias. Malformaciones.									Transplantes.								
Enfermedades de la visión (miopía, extrabismos glaucoma, cataratas).									Trastornos genitales (torsión de testículos, testículo no descendido, hernia inguinal, esterilidad, etc.)								
Enfermedades psiquiátricas.									Trastornos inmunológicos.								
Embarazo en curso.																	
Enfermedades de transmisión sexual.																	
<b>Fecha de última menstruación</b>									<b>Historia clínica en Sanatorio Güemes</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>							<b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Otras enfermedades no enunciadas detallar:																	

DECLARACIÓN:

**Marque con una X si tiene o ha tenido algunos de los siguientes síntomas**

Antecedentes	Miembro del grupo								Antecedentes	Miembro del grupo							
	0	1	2	3	4	5	6	7		0	1	2	3	4	5	6	7
Cambio de coloración en la piel									Pérdida del apetito								
Hinchazón en los pies									Pérdida de peso sin tratamiento								
Cansancio o fatiga									Pérdida de conocimiento								
Cirugías a lo largo de su vida									Internación en los últimos 2 años								

Altura				Peso (en kilogramos)			
0	_____	4	_____	0	_____	4	_____
1	_____	5	_____	1	_____	5	_____
2	_____	6	_____	2	_____	6	_____
3	_____	7	_____	3	_____	7	_____

**Indique los medicamentos que consumen habitualmente los integrantes del grupo familiar:**

0	_____	4	_____
1	_____	5	_____
2	_____	6	_____
3	_____	7	_____

**Indique las cirugías que se han realizado los integrantes del grupo familiar a lo largo de su vida:**

0	_____	4	_____
1	_____	5	_____
2	_____	6	_____
3	_____	7	_____

Declaro que la información suministrada es exacta y prestada bajo juramento que estoy en conocimiento, que cualquier error u omisión puede causar el rechazo de la presente solicitud, y/o la baja en forma inmediata conforme al reglamento.

**Al servicio sólo se accede con la credencial habilitante.**

Declaro bajo juramento que todos los datos que anteceden fueron completados por el abajo firmante.

HOMINIS se reserva el derecho de citar a entrevista médica a uno o más integrantes del grupo familiar como paso previo a la aceptación como afiliados al plan de salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_