



**SOLICITUD ALTA TITULAR
AL SISTEMA DE COBERTURA MÉDICA**

TIPO DE TRÁMITE	ALTA	PASE DE PLAN
------------------------	-------------	---------------------

FECHA DE EXPEDICIÓN DE TÍTULO:	FECHA DE COLEGIADO	N° DE MATRICULA
---------------------------------------	---------------------------	------------------------

DATOS DEL TITULAR	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

APELLIDO Y NOMBRE

NACIONALIDAD

DOCUMENTO	TIPO	N°
------------------	-------------	-----------

SEXO	F	M	ESTADO CIVIL
-------------	----------	----------	---------------------

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
----------------------------	-------------

DOMICILIO	LOCALIDAD
------------------	------------------

PARTIDO	CP
----------------	-----------

TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

DATOS DE AFILIACION Dato a completar por COMEI

Fecha de alta	Vigencia
----------------------	-----------------

DATOS COMPLEMENTARIOS DE AFILIACION
--

Otra cobertura médica:

Pre pago:

Obra social:

DECLARACION JURADA DE ENFERMEDADES

Internaciones, operaciones y accidentes anteriores a la adhesión

APELLIDO Y NOMBRE	
FECHA DE INGRESO Dato a completar por COMEI	N° BENEFICIARIO Dato a completar por COMEI
EDAD	
SEXO	
PESO	
ALTURA	

Tilde con una X según corresponda y complete con letra de imprenta sin omitir ninguna respuesta.

ANTECEDENTES	
Neurológicos	<input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Desmayos <input type="radio"/> Inestabilidad <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Parálisis <input type="radio"/> Trastornos del habla <input type="radio"/> Otros: _____
Psiquiátricos	<input type="radio"/> Depresión / Demencia <input type="radio"/> Trastornos alimentarios <input type="radio"/> Adicciones/toxicomanías <input type="radio"/> Otro: _____
Oftalmológicos	<input type="radio"/> Miopía <input type="radio"/> Estrabismo <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Otro: _____
ORL	<input type="radio"/> Adenoides <input type="radio"/> Tumores de cuerdas vocales <input type="radio"/> Sordera <input type="radio"/> Apneas <input type="radio"/> Ronquidos <input type="radio"/> Otro: _____
Endocrinos	<input type="radio"/> Diabetes (tipo: _____) <input type="radio"/> Alteraciones de tiroides <input type="radio"/> Gota <input type="radio"/> Otros: _____
Neumonológicos	<input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Bronquitis crónica <input type="radio"/> EPOC <input type="radio"/> Expectoraciones con sangre <input type="radio"/> Falta de aire <input type="radio"/> Otra: _____
Mastología	<input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Tumores <input type="radio"/> Prótesis <input type="radio"/> Otro: _____

Cardiología	<input type="radio"/> Angina de pecho <input type="radio"/> Soplos <input type="radio"/> Arritmias <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Várices <input type="radio"/> Otro: _____
Digestivos	<input type="radio"/> Úlceras <input type="radio"/> Gastritis <input type="radio"/> Hernias <input type="radio"/> Vesícula <input type="radio"/> Cólicos <input type="radio"/> Pólipos <input type="radio"/> Tumores <input type="radio"/> Otros: _____
Urológicos	<input type="radio"/> Cálculos <input type="radio"/> Quistes <input type="radio"/> Tumores <input type="radio"/> Infecciones genitales <input type="radio"/> Valores anormales de antígeno prostático <input type="radio"/> Otros: _____
Ginecológicos	<input type="radio"/> Embarazos, ¿cuántos? _____ <input type="radio"/> Abortos, ¿cuántos? _____ <input type="radio"/> Infertilidad <input type="radio"/> Endometriosis <input type="radio"/> Hemorragias <input type="radio"/> Pólipos <input type="radio"/> Fecha de última menstruación: <input type="radio"/> Otros: _____
Otros	<input type="radio"/> Enfermedades congénitas o hereditarias, ¿cuál/es? _____ <input type="radio"/> Enfermedades inmunológicas y degenerativas, ¿cuál/es? _____

En el caso de haber tildado algún/os síntoma o patología, detallar con fechas tratamientos realizados y adjuntar estudios de diagnóstico.

¿Está actualmente en tratamiento médico o estudio por alguna afección que no se haya mencionado anteriormente? SI / NO .En caso afirmativo detalle brevemente

¿Ha tenido internaciones o consultas de emergencia? SI / NO ¿cuándo? _____
En caso afirmativo detalle brevemente

¿Posee alguna discapacidad? SI / NO . En caso afirmativo especifique

¿Ingiere alguna medicación? SI / NO

Indique droga y dosis en caso de haber respondido afirmativamente

¿Realiza actividad física? SI / NO ¿cuántas horas semanales? _____

¿Es ud. fumador? SI / NO ¿Hace cuantos años? _____

Indique número de cigarrillos diarios _____

Esta Declaración Jurada de Salud y las informaciones en ella solicitadas deben ser completadas por el Beneficiario Titular obligado, de forma tal que permita a la Fundación CO.ME.I. conocer acabadamente su estado de salud.

Por lo expuesto deberá seguir atentamente las siguientes instrucciones:

- **Lea con atención y responda a las preguntas de propio puño y letra, sabiendo que si Ud. NO hiciera declaraciones verdaderas y completas, omitiendo o falseando informaciones o circunstancias que puedan influir en el análisis de su estado de salud y en la consecuente fijación del aporte a la cobertura médica, deberá afrontar las multas y sanciones que fijen las autoridades de la Fundación.**
- **Las informaciones serán analizadas en carácter confidencial por Fundación CO.ME.I.**
- **Fundación CO.ME.I. se reserva el derecho de fijar el valor del aporte correspondiente a la cobertura médica, de acuerdo a lo que indique su Departamento Médico. Esto sin perjuicio del derecho de la Fundación CO.ME.I. a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y penales que le pudieran corresponder.**
- **En los casos de enfermedades preexistentes, tanto del beneficiario titular obligado o voluntario como de un beneficiario adherente voluntario, la afiliación se considerará aceptada cuando se manifieste conformidad con el valor de aporte a la cobertura médica que indique la Fundación.**

Declaro bajo juramento, en pleno uso de mis facultades mentales, que las informaciones que figuran arriba son expresión fiel de la verdad, contienen la totalidad de mis antecedentes de salud, no conteniendo falsedad, omisión o inexactitud alguna, deliberada o no, pudiendo la Fundación CO.ME.I. considerarlas para análisis, decisión sobre la continuidad y alcance de las coberturas.

Autorizo a Fundación COMEI, para que, a través de su Departamento Médico, me requiera, obtenga y analice cualquier información necesaria y complementaria de los datos declarados.

Me obligo a brindar cualquier información y/o estudio complementario que me sea requerido por dicho Departamento Médico

Declaro bajo juramento que he sido informado que la Fundación CO.ME.I. no es una empresa de medicina prepaga ni una obra social sindical, sino un sistema de cobertura médica establecido por la Ley de la Provincia de Buenos Aires N° 8.119 y modificatorias, que regula a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires y renuncio por la presente a realizar cualquier planteo ante el fuero federal. En especial renuncio expresamente a entablar toda acción derivada de las leyes 23.660, 23.661, 26.682, 24.901 y las dictadas en su consecuencia, por comprender cabalmente que la Fundación COMEI no resulta ser una Obra Social ni Empresa de Medicina Prepaga, comprendiendo, además, que se rige exclusivamente por los tribunales ordinarios de la Provincia de Buenos Aires.

Declaro bajo juramento estar en conocimiento y aceptar que la Fundación CO.ME.I. podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones de sus cartillas, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin que el cambio altere el objeto del servicio o pudiere importar un desmedro en la calidad de los mismos. La modificación podrá deberse, entre otras causas, a incremento de costos y/o servicios; alta y/o baja de tecnología y/o prestaciones; extinción de contratos con prestadores; imposibilidad de contratación o renovación de contratos; muerte, jubilación, disolución, cierre, quiebra o concurso, liquidación, etc. del prestador; condena por mala praxis profesional; prestación insatisfactoria del servicio y otros motivos serios y justificados de similar envergadura.

Presto conformidad para que Fundación CO.ME.I. se subrogue en mis derechos de accionar contra todo tercero y/o sus aseguradores de responsabilidad civil, por cuya acción u omisión, haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios de la Fundación.

Lugar y fecha

Firma y aclaración titular beneficiario