

RESERVADO CAMUDASAL	
NUMERO DE AFILIACION	

YO, \_\_\_\_\_ MAYOR DE EDAD CON NUMERO DE IDENTIFICACION PERSONAL No.:

DECLARO BAJO JURAMENTO MI ESTADO ACTUAL DE SALUD.

INDIQUE EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE **SI** O **NO** PADECE DE UNA O VARIAS DE ESTAS ENFERMEDADES:

		SI	NO
1	HIPERTENSION ARTERIAL		
2	INSUFICIENCIA CARDIACA (MAL FUNCIONAMIENTO DEL CORAZON)		
3	ARRITMIA CARDIACA (TAQUICARDIA, EXTRASISTOLES)		
4	TROMBOSIS VENOSA.		
5	ANOMALIAS CONGENITAS CARDIACAS. (DEFECTOS DE NACIMIENTO DEL CORAZON).		
6	HIPERTIROIDISMO.		
7	HIPOTIROIDISMO.		
8	SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR. (VOMITOS CON SANGRE).		
9	ULCERA GASTRICA O DUODENAL.		
10	ASMA.		
11	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA.(ENFISEMA PULMONAR).		
12	CIRROSIS.		
13	INSUFICIENCIA HEPATICA. (MAL FUNCIONAMIENTO DEL HIGADO).		
14	LITIASIS BILIAR. (CALCULOS EN LA VESICULA).		
15	INSUFICIENCIA RENAL. (MALFUNCIONAMIENTO DEL RIÑON).		
16	HIDRONEFROSIS. (RIÑONES DILATADOS).		
17	NEFROLITIASIS. (CALCULOS DEL RIÑON).		
18	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA. (PROSTATA GRANDE).		
19	CÁNCER DE PRÓSTATA.		
20	PROSTATITIS. (INFLAMACION DE LA PROSTATA).		
21	SINDROME CONVULSIVO.		
22	EPILEPSIA.		
23	ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES. (MIELITIS TRANSVERSA, GUILLIAN-BARRE).		
24	DIABETES MELLITUS.		
25	TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS DE CUALQUIER PARTE DEL CUERPO.		
26	VIH/CASO SIDA.		
27	TUBERCULOSIS.		
28	ALCOHOLISMO CRONICO.		
29	ENFERMEDAD PSIQUIATRICA.		

OTRAS ENFERMEDADES O DIAGNOSTICOS **NO** DETALLADOS EN LA PRESENTE DECLARACION: \_\_\_\_\_

LUGAR EN DONDE ASISTE A SUS CONTROLES MEDICOS SI PADECE DE UNA O MAS ENFERMEDADES: \_\_\_\_\_

Declaro haber anotado con sinceridad los señalamientos anteriores y relevo expresamente del secreto profesional y legal a cualquier médico que me hubiese asistido en mis padecimientos o reconocido a mi fallecimiento autorizándolo a revelar a CAMUDASAL, durante el periodo de un año contado desde la fecha de vigencia anotada al pie de esta solicitud, todos los datos y antecedentes patológicos que pudieren poseer sobre mi persona.

Acepto expresamente que los padecimientos existentes aquí declarados o que hubiesen sido omitidos serán causales excluyentes de la cobertura; durante el primer año de vigencia. Art. 11 del Reglamento Especial de Prestaciones.

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA AFILIADO

\_\_\_\_\_  
SELLO Y FIRMA AFILIACION CAMUDASAL