

## Complemento Declaración Juramentada sobre el Estado de Salud

Ciudad	Fecha de elaboración		
	Día	Mes	Año

La resolución 5261 de 1994 establece que “toda persona que ingrese a una EPS, debe diligenciar bajo la gravedad de juramento, un formulario que contenga sus datos personales y familiares, su condición de salud actual y pasada así como la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales, clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.”

### Bajo la gravedad de juramento declaro que:

- Todas las respuestas y declaraciones consignadas y rendidas en este documento son verídicas. En consecuencia la información falsa, incompleta o engañosa da lugar a que la EPS: a) Desafilie a los aquí inscritos con pérdida de la antigüedad acumulada previo el trámite establecido, b) Recobre el valor de los servicios de salud prestados, c) Inicie las acciones de tipo civil. (Responsabilidad civil - indemnización de perjuicios), penal ante la Fiscalía General de la Nación y reporte a las diferentes instancias, tales como la Superintendencia Nacional de Salud entre otros.
- Ninguno de los inscritos se encuentra: a) En incapacidad o licencia de maternidad . b) Internado en una entidad hospitalaria para la práctica de procedimientos. c) En tratamiento para el manejo de enfermedad de alto costo. d) Debiendo suma alguna a la EPS actual que impida efectuar el libre traslado de ésta.

Afiliado	Apellidos	Nombres	Identificación		Fecha nacimiento
			Tipo	Número	
Cotizante	COT				
Beneficiario	1				
Beneficiario	2				
Beneficiario	3				
Beneficiario	4				

### Instrucciones para el diligenciamiento del estado de salud:

Llene el círculo totalmente cuando la respuesta sea afirmativa, ● (Favor aclarar en observaciones)

Deje el círculo en blanco cuando la respuesta sea negativa: ○

Recomendación: No se acepta una marcación diferente a la indicada. Utilice la casilla de observaciones para especificar las preguntas que lo requieran. Recuerde que las preguntas aquí consignadas son complemento del formato anterior según corresponda.

Información sobre prevención y control	COT	Beneficiarios				Observaciones
		1	2	3	4	
<b>¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?</b>						
Insuficiencia renal aguda o crónica o tratamiento con Dialisis, ¿en qué fecha ?	○	○	○	○	○	
Cáncer, Leucemia, linfoma ó mieloma, ¿en qué parte del cuerpo? ¿en qué fecha?	○	○	○	○	○	
Enfermedades vasculares y del corazón tales como: aneurismas, arritmia, angina de pecho, infarto, soplos cardiacos o enfermedades de las válvulas cardiacas. ¿Cuál? _____ ¿en qué fecha?	○	○	○	○	○	
Enfermedades del sistema nervioso: cerebro, médula espinal, columna vertebral, epilepsia o convulsiones ¿cuál? ¿en qué fecha?	○	○	○	○	○	
Enfermedades mentales ó psiquiátricas ¿cuál? ¿en qué fecha?	○	○	○	○	○	
Enfermedades respiratorias crónicas como: asma, bronquitis crónica o Enfisema EPOC ¿cuál? ¿en qué fecha?	○	○	○	○	○	
¿Utiliza oxígeno en casa?	○	○	○	○	○	
¿Presenta alguna Discapacidad? ¿cuál? ¿en qué fecha?	○	○	○	○	○	
SIDA - Infección por VIH	○	○	○	○	○	
¿Sufre de alguna otra enfermedad? Especifique.	○	○	○	○	○	

**¿Requiere, le han ordenado o practicado alguna de las siguientes intervenciones?**

Cirugía para deformidades, malformaciones o defectos congénitos. ¿cuál? ¿en qué fecha?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Cirugías del sistema nervioso: cerebro, médula espinal o columna vertebral. ¿cuál? ¿en qué fecha?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Cirugía por enfermedades vasculares o del corazón tales como: aneurismas, arritmia, angina de pecho, infarto, soplos cardiacos o enfermedades de las válvulas cardiacas. ¿cuál? ¿en qué fecha?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Transplante. ¿en qué parte del cuerpo? ¿en qué fecha?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Prótesis o reemplazo articular ¿en qué parte del cuerpo? ¿en qué fecha?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**¿Consumo o le han formulado alguno de estos medicamentos?**

Antiretrovirales (Indinavir, Convivir u otras)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Quimioterapia o radioterapia

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Usa algún medicamento de manera permanente? ¿Cuál?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**Si viene trasladado de otra entidad promotora de salud (eps), administradora del régimen subsidiado (ars), administradora de riesgos profesionales (ARP) o remitido por un profesional de la salud**

¿En la EPS anterior le negaron, aplazaron o cancelaron algún procedimiento quirúrgico o tratamiento médico?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Tiene tratamiento(s) pendiente(s)? Especifique.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Tiene exámenes o ayudas diagnósticas pendientes?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Tiene cirugías pendientes? Especifique.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Requiere atención por enfermedad profesional? Especifique.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Requiere atención por accidente de trabajo? Especifique.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

¿Requiere atención por accidentes de tránsito? Especifique.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

"Declaro que la información aquí consignada es veraz y exacta, cualquier información falsa, incompleta o engañosa ocasiona los efectos señalados por la Ley"

Firma del cotizante

Documento de identidad  
Nombres y apellidos

Huella  
Índice derecho Cotizante

Recibido para estudio  
Espacio para ser diligenciado por **Compensar EPS**