

ANEXO II. Evaluación previa requerida:

De todos/as los/as postulantes a afiliación voluntaria individual se requerirá evaluación médica y completar Ficha de historial de salud actualizada (vigencia menor de 30 días), la cual consta de Historia Clínica detallada y la Declaración Jurada.

A su vez, según grupo etario, sexo y antecedentes o problemas de salud detectados se solicitarán estudios complementarios a detallar por el equipo de Auditoría centralizada de Afiliaciones.

A continuación se detallan los requerimientos iniciales:

Rango etario	Evaluación clínica	Ficha de historial de salud actualizada (HC + DDJJ)	Estudios complementarios
18 a 35 años*	Siempre <u>Inclusiones mínimas:</u> -Tensión Arterial -IMC (Índice de masa corporal) -Perímetro abdominal (Si IMC mayor a 25) -FUM (Fecha de última menstruación en personas con capacidad de gestar) -Estado de vacunación / inmunizaciones	Siempre Explicitar: -Antecedentes personales -Medicación diaria -Tabaquismo (paquetes/año) -Consumo de sustancias -Cirugías -Internaciones -Problemas de salud	<u>Análisis de Laboratorio:</u> - HEMOGRAMA COMPLETO -GLUCEMIA BASAL - HEPATOGRAMA CON PERFIL LIPÍDICO -CREATININA -VDRL CUALITATIVA -Ac. AntiHBV -Ac. Anti-HCV -PCR cuantitativa
			<u>Radiografías:</u> -Rx de Tórax (incidencias Frente y perfil) con informe. -Rx de columna Lumbosacra (incidencias Frente y perfil) con informe.
			<u>Otros estudios:</u> -ECG (Electrocardiograma) con evaluación Cardiológica. -PAP (citología cervicouterina) Informe de anatomía patológica. (en personas con útero mayores de 21 años) -Agudeza visual y evaluación oftalmológica.

*Población objetivo: Edad entre 18 y 35 años

Se deja constancia que las evaluaciones y estudios anteriormente mencionados serán correlacionados con los antecedentes personales de relevancia detallados en la Declaración Jurada por el/la postulante.

A CARGO

Rango etario	Evaluación clínica	Ficha de historial de salud actualizada (HC + DDJJ)	Estudios complementarios
Menores de 17 años	Para toda postulación en menores de 17 años. -Historia Clínica pediátrica. (máximo 45 días entre confección y presentación de solicitud de aplicación) -Estado de vacunación / inmunizaciones <u>Inclusiones mínimas del examen físico:</u> -Talla -Peso -IMC -Perimetro cefálico (<u>hasta los 2 años</u>) -Velocidad de crecimiento Presentar los parámetros Percentilados, para edad y sexo: Z score. -Informe de crecimiento y desarrollo de pautas madurativas. -Examen cardio-respiratorio, genitales, paladar. <u>*Mayores de 8 años:</u> Score de Tanner.	Siempre Explicitar: -Antecedentes perinatales(EG, Peso y Apgar al Nacimiento. Serologías maternas: HIV, VRDL, TOXO, CHAGAS, HEP B) -Antecedentes personales. -Medicación diaria -Consumo de sustancias. -Cirugías. -Internaciones -Problemas de salud activos o en tratamiento	<u>Análisis de Laboratorio:</u> - PRODYTEC (errores congénitos)
			<u>Otros estudios:</u> Otoemisiones acústicas / audiometría tonal. -Evaluación oftalmológica. -Evaluación odontológica. • Para cargas menores de 6 meses: Ecografía de caderas

Estudios complementarios

Mujeres mayores de 35 años Mamografía

Varones a partir de los 55 años: Antígeno prostático (PSA) y PSA libre



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
2023 - Año de la democracia Argentina

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Evaluación Medica - Programa AVI

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.03.20 11:15:56 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL,
serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.03.20 11:15:57 -03'00'

DECLARACIÓN JURADA / HISTORIA CLÍNICA AFILIACIÓN VOLUNTARIA

APELLIDO Y NOMBRES: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ LUGAR: _____ NACIONALIDAD: _____ DNI _____
 ESTADO CIVIL: _____ OCUPACIÓN: _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TEL: _____

A. ANTECEDENTES FAMILIARES / Consignar datos positivos

PADRE: _____ ESPOSO/A: _____
 MADRE: _____ HIJOS: _____

B. ANTECEDENTES PERSONALES / Marcar con una X

	NO	SI		NO	SI				
		S/Tto	C/Tto		S/Tto	C/Tto			
1. ENF. CARDIOVASCULARES-SIST. VASCULAR PERIFÉRICO				8. PSIQUIATRÍA					
Hipertensión arterial				Síndromes depresivos					
Cardiopatía isquémica				Demencias					
Chagas				Psicosis					
Arritmias crónicas				Adicción					
Arteriopatía obstructiva periférica y/o aneurismas				Bulimia - anorexia					
Valvulopatía congénita o adquirida				Autismo					
Miocardiopatía				Otros					
Marcapasos cardíaco o cardiodesfibrilador				9. INFECCIOSAS					
Otros				HPV					
2. SISTEMA RESPIRATORIO				HIV desconoce <input type="radio"/>					
Asma - EPOC				Hepatitis ¿cuál?					
TBC				Enfermedades infecciosas no resueltas					
Enfermedad fibroquística				Otros					
Hipertensión pulmonar				10. OTORRINOLARINGOLÓGICAS					
Fibrosis pulmonar				Hipoacusias					
Otros				Otitis crónica					
3. SISTEMA DIGESTIVO				Síndrome vertiginoso					
Úlcera gastroduodenal				Poliposis rinosinusal					
Síndrome de malabsorción				Disfonías orgánicas					
Cirrosis hepática				Otros					
Pancreatitis crónica				11. ONCOLÓGICOS					
Enfermedad inflamatoria intestinal				Tumor benigno ¿Cuál?.....					
Hepatitis crónica				Tumor maligno ¿Cuál?.....					
Enfermedad biliar				12. OFTALMOLÓGICOS					
Otros				Glaucoma					
4. ENDÓCRINO-METABÓLICO				Queratocono					
DIABETES TIPO I <input type="radio"/> II <input type="radio"/>				Retinitis pigmentaria					
Trastornos tiroideos				Miopía / astigmatismo					
Otros				Otros					
5. SISTEMA NEFROURINARIO				13. OSTEOARTICULAR					
Enfermedades renales				Malformaciones congénitas o adquiridas					
Enfermedades obstructivas del árbol urinario				Deformaciones congénitas o adquiridas					
Insuficiencia renal crónica				Osteopatías / miopatías					
Varicocele				Otros					
Otros				14. HEMATOLÓGICOS					
6. SNC-PERIFÉRICO				Leucemia / linfomas					
Epilepsia - convulsiones				Anemias hemolíticas					
Otros				Trastornos de la coagulación					
7. OTROS				Otros					
Enf. cromosómicas o genéticas				15. GINECOLÓGICOS					
Enf. con inmunodeficiencia o autoinmunes				Poliquistosis ovárica					
Transplantes				Endometriosis					
				Otros					
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					AÑO				
1.									
2.									
INTERNACIONES									
1.									
2.									
MEDICAMENTO/S				¿CUÁL/ES?		¿Dosis?		HÁBITOS	
1.								Tabaco SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cantidad / día:	
2.								Alcohol SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Cantidad / día:	
3.								Droga SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Especificar:	



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2023 - Año de la democracia Argentina

Informe

Número:

Referencia: ANEXO III

ANEXO III. Coberturas, Acceso a las prestaciones y período de carencia:

Los/as afiliados/as Voluntarios tendrán un período de carencia de servicios con aportes y de acceso a las prestaciones desde el alta de la afiliación, conforme lo explicitado en cada ítem.

Dichas coberturas se encuentran establecidas en las resoluciones vigentes para cada Especialidad, tipo de prestación, modalidad y/o Programa, y se encuentran detalladas en el Reglamento de ingreso, notificadas, firmadas y aceptadas por cada postulante a Afiliación voluntaria individual.

A continuación se especifican las Coberturas y Plazo de acceso a las prestaciones propuestos:

Prestación/Programa	Inclusiones	Acceso a las Prestaciones
Prácticas médicas y bioquímicas de diagnóstico y tratamiento de Baja complejidad	Prácticas médicas, bioquímicas, estudios complementarios de imágenes de diagnóstico y tratamiento de Baja complejidad. (Excluye 88 pesados)	90 días
Odontología	Atención y prácticas Odontología general	-Odontología general 90 días -Prótesis y cirugías

		maxilofaciales 300 días
Prestaciones paramédicas o No médicas	Fonoaudiología - Enfermería - Kinesiología- Psicología- Lic Nutrición.	90 días
Prestaciones paramédicas o No médicas prolongadas	Cuidadores domiciliarios- Internación domiciliaria- Acompañantes terapéuticos	365 días
Internaciones clínicas y quirúrgicas	Internaciones clínicas, quirúrgicas y/o en UTI/UCO (Excluye cirugía cardiovascular y neurocirugía)	90 días
Cirugía cardiovascular y neurocirugía	Incluye Prácticas quirúrgicas cardiovasculares y neurocirugía, con la internación requerida.	365 días
Prótesis y ortesis	Cobertura y provisión de prótesis y ortesis (excluida odontológicas)	90 días

Trasplantes de órganos	Incluye internación, evaluaciones pre-trasplante de la persona receptora y potencial donante viva/o; trasplante y post- trasplante, medicamentos, honorarios profesionales, interconsultas y traslados del órgano.	365 días
------------------------	--	----------

Prestaciones médicas de diagnóstico y tratamiento de Alta complejidad	Incluye prácticas nombradas como 88 pesados (Medicina nuclear - Análisis por radio inmuno ensayo - Tomografía axial computada (TAC) - Resonancia magnética nuclear (RMN)- Ecografía doppler color- Ecografía Intervencionista-), Diálisis, Oncológico.	90 días
Terapia radiante	IMRT, Radio Cirugía, ALE, etc.	365 días
Medicamentos (Convenio Ambulatorio: Agudos y Crónicos)	Cobertura de medicamentos ambulatorios. Teniendo presente las primeras líneas de tratamiento y prescripción por genéricos	90 días
Medicamentos (convenio MEPPES)	Cobertura de medicamentos del convenio MEPPES. Primeras líneas de tratamiento. (excluye insulina NPH, insulina corriente humana)	365 días
Fertilidad	Estudios previos y tratamiento de fertilidad. Fertilización asistida.	365 días
Cirugía Bariátrica	Incluye Cirugía, internación, honorarios profesionales, controles clínicos y nutricionales 12 meses posteriores. Excluye honorarios anestesia	365 días
Cirugía oftalmológica	Tratamiento correctivo de la miopía, astigmatismo, cataratas, tratamiento del glaucoma	365 días
Programa Acceso IVE-ILE	Atención médica, Medicación Misoprostol, analgesia y ecografías pre y post interrupción.	30 días

Programa SER	Prácticas ginecológicas Análisis clínicos Métodos anticonceptivos (DIU y/O anticonceptivos orales e inyectables)	30 días
Programa MAMI/	Atención controles de embarazo, parto, cesárea, atención del recién nacido	365 días

NACER	y al niño/a hasta los 12 años de edad.	
Programa loma A Tu Lado	Dispositivo de seguimiento de Agentes Sanitarios	90 días
Cobertura Salud Trans	Asesoramiento profesional, tratamiento hormonal, cirugías de modificaciones corporales.	90 días para Tratamiento hormonal. 365 días para cirugías de modificación corporal. A partir del cual tendrá acceso y cobertura conforme resolución vigente.
Programa de Salud mental y Consumos problemáticos	Atención profesional con equipo de salud mental interdisciplinario. Seguimiento mensual en Primer Nivel de Atención.	365 días

Date: 2023.04.05 09:05:06 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL, serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.04.14 14:43:22 -03'00'

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,
ou=SUBSECRETARIA DE GOBIERNO DIGITAL,
serialNumber=CUIT 30715471511
Date: 2023.04.14 14:43:22 -03'00'