



PROMEDICO
FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA

FONDO DE EMPLEADOS MÉDICOS DE COLOMBIA "PROMEDICO"
A.M.V. - I.V.I.

DECLARACIÓN SOBRE ESTADO DE SALUD

NOMBRE DEL ASPIRANTE: _____

C.C.: _____ **Edad:** _____ **Peso:** _____ **Estatura:** _____

Las preguntas de esta sección deben ser llenadas claramente por el **ASPIRANTE**.

1. Nombre del médico personal o último consultado _____

Fecha última de consulta _____ Motivo _____

A qué tratamiento fue sometido o qué medicinas le recetaron _____

| | EDAD SI VIVE | CAUSA DE LA MUERTE | EDAD AL MORIR |
|----------|--------------|--------------------|---------------|
| PADRE | | | |
| MADRE | | | |
| ESOSO/A | | | |
| HERMANOS | | | |
| HIJOS | | | |

3. DECLARACIÓN del Estado de Salud Marcar con una "X" si su respuesta es afirmativa o negativa

A. Ha padecido padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente:

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Lipotimias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Cirugía ocular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Accidente cerebro vascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Desviación del tabique nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Enfisema pulmonar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tumores en cerebro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Cirugía de la nariz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Enfermedades neurológicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Bocio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Tuberculosis pulmonar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Trauma craneo encefálico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Masas del cuello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Cirugía del pulmón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Tumores, quistes en mamas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Úlcera gástrica o duodenal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Cirugía de mamas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Hernia diafragmática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Poliomieltis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Reflujo gastroesofágico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Otitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Pancreatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Cirugía de Oído | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Enfermedad Metabólica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. Hernia umbilical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Defecto de la visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Enfermedades de las válvulas cardiacas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Hernia inguinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Estrabismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Hepatitis B - C - D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Catarata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Enfermedades congénitas del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Cirugía abdominal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 43. Cáncer del estómago o intestinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 44. Prolapso genital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 45. Miomatosis uterina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 46. Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 47. Cálculos renales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 48. Varices miembros inferiores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 49. Fracturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 50. Juanetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 51. Trastornos de la columna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 52. Lesión de ligamentos y/o meniscos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 53. Infección por VIH (SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 54. Tumores malignos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 55. Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | 56. Otros (Especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Detalle para las respuestas afirmativas - Identifique la pregunta con su numeral (Incluya diagnóstico, fecha, duración, nombre, y dirección de los médicos y establecimientos que lo atendieron).

Garantizo que las contestaciones que anteceden son ciertas y verídicas, convengo en que estas declaraciones serán de Amparo Mutualista de Vida que se me expida. Si se comprobare en cualquier tiempo que en tales declaraciones ha sabido de mi parte error, falsedad, omisión, o reticencia que de haber sido conocidos PROMEDICO lo hubiera inducido a rechazar el riesgo, disminuir su cuantía o cobrar un valor mensual superior al fijado inicialmente, acepto la anulación del presente Amparo o la disminución de su valor a elección de PROMEDICO.



