

Declaración del Estado de Salud

Fecha de solicitud				Apellido(s) y nombre(s) del Asociado			Cédula
Año	Mes	Día					
Teléfono/Celular				Peso en Kg	Estatura en mts.	Nombre de la EPS	

Preguntas de la Declaración de Salud

- ¿Tiene, ha tenido, le han diagnosticado o ha sido intervenido por: **Enfermedades Cardiovasculares**, Hipertensión Arterial, Infarto de Miocardio, Arritmias, Colesterol ó Triglicéridos Altos (Tratados ó no con Medicamentos), **Enfermedades Neurológicas**: Derrames, Isquemias ó Trombosis Cerebral, Mareos ó Desmayos, Convulsiones, Parálisis; **Enfermedades de los Organos**: Ceguera ó Sordera Total y/o Parcial; **Enfermedades del Sistema Endocrino**: La Glándula Tiroides, Diabetes; **Enfermedades Respiratorias**: Enfisema Pulmonar, Bronquitis Crónica; **Enfermedades del Sistema Osteomuscular**: Artritis o Lesiones Musculares; **Enfermedades del Sistema Digestivo**: Gastritis, Ulcera, Hepatitis B ó C; Cirrosis; **Enfermedades del Sistema Circulatorio**: Várices, **Enfermedades Genitourinarias** (Ovarios, Utero, Próstata, Testículos, Deformidades Corporales, Tumores o Quistes); **Enfermedades**: Trastornos Psicológicos ó Psiquiátricos; Insuficiencia Renal, Cáncer, Leucemia; Lupus, Sida ó VIH Positivo u otras enfermedades no mencionadas anteriormente?

SI NO
- ¿Ha tenido Enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral anterior, piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico ó tiene programada una intervención quirurgica en los proximos 6 meses?

SI NO
- Si ha tenido embarazo, ha presentado complicaciones?

SI NO
- Ha tenido partos por Cesárea?

SI NO

En caso de que Usted, haya contestado positivamente alguna de las anteriores preguntas en los numerales 1, 2, 3, 4 por favor amplíe (Diagnóstico, Fecha de Diagnóstico, Secuela):

- Fuma? SI NO ¿Frecuencia (Semanal, Ocasional o Diaria)? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Desde cuando? _____
- Consumo bebidas embriagantes diariamente? SI NO

Señor Asociado; antes de firmar lea detenidamente lo siguiente:

No he sido sometido a Tratamientos o Intervenciones Quirúrgicas diferentes a las relacionadas en la anterior Declaración de Salud en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma casual o secuencial. En caso de encontrarse una preexistencia declarada o comprobada por la Cooperativa exoneró al Fondo de Solidaridad de pagar los Auxilios que tengan como causa las Lesiones o Enfermedades de Preexistencia. Tanto mis actividades como mi profesión, ocupación u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. Tengo conocimiento de que el presente cambio de protección se aprueba en consideración a la veracidad de estas declaraciones y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, éste queda viciado de nulidad.

Si por análisis de la Auditoría Médica del servicio, mi Estado de Salud no me permite acceder a este Valor de Protección solicitado, Autorizo el ajuste en el Valor de la Protección y su respectiva contribución de acuerdo a los montos autorizados por la Administración de los Fondos Mutuales de Solidaridad y Auxilio Funerario, así mismo, de ser necesario en sus Planes Básicos Especiales y sus respectivas Solvencias/Educación Especiales.

Firma del Asociado: _____

Nombre del Asociado: _____

Cédula: _____

Huella