



MUTUALIDAD CFIA
TRANSFORMAMOS VIDAS

PERFIL MÉDICO DEL COLEGIADO(A) SUBSIDIO PLAN SALUD



♥ INFORMACIÓN PERSONAL

DD | MM | AAAAA

Nombre del colegiado(a)

N° de Identificación

Edad

Carné CFIA

Teléfono

Dirección exacta

Correo electrónico

Nombre de la entidad bancaria para depositar sus reembolsos

Número de cuenta IBAN

♥ PERFIL MÉDICO

Antecedentes personales patológicos

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Digestivas (colitis y gastritis) | <input type="checkbox"/> Vasculares (Varices, Ulceras, Trombosis Venosa) | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Reumatológicas (Lupus, Artritis, Fibromialgia) | <input type="checkbox"/> Ortopédicas (rodilla, hombro, cadera, codo) | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Dermatológicas (Psoriasis, Dermatitis) | <input type="checkbox"/> Neurodegenerativas (Accidente Cerebro Vascular) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Urológicas (hiperplasia prostática, piedras en riñones, vejiga) | <input type="checkbox"/> Oftalmológicas (glaucoma, catarata) | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Ginecológicas (Útero, ovario, Trompas, mamas) | <input type="checkbox"/> Neumológicas (asma, EPOC) | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Cardíacas (Arritmias, Síndromes Coronarios) | <input type="checkbox"/> Endocrinológicas (Hipotiroidismo, Hipertiroidismo) | <input type="checkbox"/> Dislipidemia (Colesterol y Triglicéridos) |
| <input type="checkbox"/> Del Hígado (Hepatitis, Cirrosis, Piedras en Vesícula) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Otros

Antecedentes heredo familiares

Madre

Padre

Hermanos

¿Consumes alguna de estas sustancias?

Tabaco Alcohol Drogas Ninguno

Antecedentes alérgicos

Medicamentos Alimentos Otros No aplica

Antecedentes quirúrgicos

Sí No (especifique)

Firma del colegiado(a)

La información proporcionada en el formulario será utilizada para la afiliación en el Subsidio Plan Salud actual. Al completar este proceso, se confirma de manera voluntaria y consciente que se aceptan los Términos y Condiciones del beneficio. Antes de proceder, agradecemos asegurarse de haber revisado toda la información, al realizar la afiliación recibirás en tu correo electrónico la confirmación del proceso.

