



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 COMPLETO: _____

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 | | | |
| ESPOSO/A | | | |
| HERMANOS | | | |
| HIJOS | | | |

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

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

| | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO | | SI | NO |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Lipotimias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Cirugía ocular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. Cáncer del estomago o intestinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Accidente cerebro vascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Desviación del tabique nasal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. Enfisema pulmonar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. Prolapso genital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Tumores en cerebro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Cirugía de la nariz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Miomatosis uterina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Enfermedades neurológicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Bocio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. Tuberculosis pulmonar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Trauma cráneo encefálico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Masas del cuello | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. Cirugía del pulmón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. Cálculos renales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. Tumores, quistes en mamas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Úlcera gástrica o duodenal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. Varices miembros inferiores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Cirugía de mamas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. Hernia diafragmática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. Trastornos de la columna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Poliomieltitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. Reflujo gastroesofático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. Lesión de ligamentos y/o meniscos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. Cálculos biliares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. Infección por VIH (SIDA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Otitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. Pancreatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58. Tumores malignos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Cirugía de Oído | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Enfermedad Metabólica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. Hernia umbilical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 59. Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Defecto de la visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. Enfermedades de las válvulas cardiacas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. Hernia inguinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Otros (Especificar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Estrabismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. Reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. Hepatitis B-C-D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. Fractura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Catarata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. Enfermedades congénitas del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. Cirugía abdominal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. Juanetes | <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).

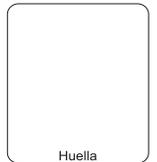
Garantizo que las contestaciones que anteceden son ciertas y verídicas, declaro conocer que en caso de error, falsedad, omisión o reticencia anulara de manera inmediata los Amparos Mutuales correspondientes, dando cumplimiento a la reglamentación de PROMEDICO.

Autorizo de manera voluntaria, libre, previa, expresa e informada a PROMEDICO para tratar mis datos personales de acuerdo con la política de Tratamiento de Datos Personales especificada en el anexo 1 punto 1 (al respaldo).

FR-GCM-034-V4

Firma del Aspirante

Ciudad y fecha



PARA USO EXCLUSIVO DE PROMEDICO

Nivel de Criticidad

Alta: _____ Media: _____

Baja: _____

Sello Médico Auditor

OBSERVACIONES DEL AUDITOR

1. Cláusula de Autorización de Manejo y Tratamiento de Datos Personales, con la siguiente información:

"Autorizo de manera expresa y previa a PROMEDICO quien sera el responsable directamente o a través de terceros para que realice el tratamiento de los datos de los cuales soy titular de acuerdo a la Política de Protección de Datos Personales que se encuentra publicada en la pagina web: www.promedico.com.co, en medios físicos, digitales o electrónicos, sobre mi información personal, incluyendo, pero sin limitarse a aquella de carácter financiero, crediticio, comercial, profesional, sensible, privada, semiprivada, pasada, presente o futura, contenida en cualquier medio físico, digital o electrónico, para:

- a. Promocionar, comercializar u ofrecer, de manera individual o conjunta, productos y servicios de PROMEDICO y/o en convenio, a través de cualquier medio o canal, o para complementar, optimizar o profundizar el portafolio actualmente ofrecido.
- b. Analizar dicha información desde la vinculación y durante la vigencia de la relación asociativa y/o las relaciones jurídicas y comerciales vigentes en el tiempo.
- c. Elaborar encuestas de satisfacción, estudios y análisis de mercado, incluyendo la posibilidad de establecer contacto telefónico o por correo electrónico para dichos propósitos.
- d. Enviar mensajes, notificaciones o alertas a través de medios físicos, electrónicos o digitales para remitir estados de cuenta, divulgar información legal, de seguridad, promociones, campañas, sorteos, eventos u otros beneficios e informar acerca de los ajustes en los productos y/o servicios. Declaro haber sido informado sobre mi derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, conocer el carácter facultativo de mis respuestas a las preguntas que sean hechas cuando versen sobre datos sensibles o sobre datos de los niños, niñas o adolescentes, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la autoridad competente por infracción a la ley una vez haya agotado el trámite de consulta o reclamo ante PROMEDICO, revocar la autorización, solicitar la supresión de mis datos cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales, en los casos en que sea procedente, acceder en forma gratuita a los mismos. Adicionalmente mediante el otorgamiento de la presente autorización, manifiesto que los datos personales suministrados son veraces, verificables y completos."