



**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).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

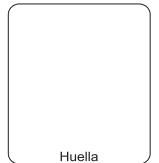
Garantizo que las contestaciones que anteceden son ciertas y verídicas, declaro conocer que en caso de error, falsedad, omisión o reticencia anulara de manera inmediata los Amparos Mutuales correspondientes, dando cumplimiento a la reglamentación de PROMEDICO.

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](http://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."