



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CUESTIONARIO MEDICO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO PARA LA INSCRIPCION DEL TITULAR Y/O BENEFICIARIOS LEGALES AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA



MUY IMPORTANTE: RECOMENDAMOS LEER CUIDADOSAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y CONDICIONES AL REVERSO. EN CASO DE DUDA, SOLICITE AL PERSONAL INSTITUCIONAL SU ACLARACION.

1. DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
POLIZA No.	No. DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO MEDICO	No. CURP		

2. DATOS DEL TITULAR O BENEFICIARIO LEGAL

TITULAR <input type="radio"/> BENEFICIARIO <input type="radio"/>		PARENTESCO DEL TITULAR DEL SEGURO		AGREGADO MEDICO	TELEFONO
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
LUGAR DE NACIMIENTO		FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO
EDAD		SEXO <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M		ESTADO CIVIL	
CLAVE DELEGACION DE ADSCRIPCION		ESCOLARIDAD		PRIMARIA <input type="radio"/> SECUNDARIA <input type="radio"/> PREPARATORIA <input type="radio"/>	
TIPO DE UNIDAD: No.		OCUPACION		ESCUELA TECNICA <input type="radio"/> PROFESIONAL <input type="radio"/>	

3. HISTORIA DE HABITOS PERSONALES

MARQUE CON UNA X (CON NUMERO EN SU CASO)

<p>1. ¿REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FISICA PERIODICA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>2. ¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO SI LA RESPUESTA ES SI:</p> <p>A) ¿CUANTAS COPAS POR SEMANA? _____</p> <p>B) ¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO? _____ AÑOS</p>	<p>3. ¿FUMA CIGARRILLOS? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO SI LA RESPUESTA ES SI:</p> <p>A) ¿CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA? _____</p> <p>B) ¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO? _____ AÑOS</p> <p>4. ¿ACOSTUMBRA AUTOMEDICARSE? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO</p> <p>5. ESTATURA _____ MTS. PESO _____ KG.</p>
--	--

4. HISTORIA DE ENFERMEDADES

MARQUE CON UNA X SI TIENE O PADECE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES:

1. ALERGIAS O ASMA <input type="radio"/>	9. REUMATISMO O ARTRITIS <input type="radio"/>
2. ENFERMEDADES CRONICAS DE LA SANGRE <input type="radio"/>	10. TUBERCULOSIS <input type="radio"/>
3. CANCER O TUMORES <input type="radio"/>	11. ULCERA DEL ESTOMAGO <input type="radio"/>
4. DIABETES MELLITUS CON:	12. SIDA <input type="radio"/>
A) INSUFICIENCIA RENAL <input type="radio"/>	13. V.I.H. POSITIVO <input type="radio"/>
B) RETINOPATIA <input type="radio"/>	14. ENFERMEDADES CONGENITAS (DESDE EL NACIMIENTO) <input type="radio"/>
C) NEUROPATIA <input type="radio"/>	15. BRONQUITIS CRONICA <input type="radio"/>
D) INSUFICIENCIA CIRCULATORIA PERIFERICA <input type="radio"/>	16. ACCIDENTE VASCULAR O EMBOLIA <input type="radio"/>
5. ENFERMEDADES DEL CORAZON <input type="radio"/>	17. DEFORMACIONES O LIMITACIONES DE MOVIMIENTO POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES <input type="radio"/>
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO <input type="radio"/>	18. ALCOHOLISMO ADICTIVO (FRECUENTE) <input type="radio"/>
7. ENF. NERVIOSAS O PSIQUIATRICAS CRONICAS <input type="radio"/>	18. ADICCION POR SUSTANCIAS TOXICAS <input type="radio"/>
8. PRESION ARTERIAL ALTA <input type="radio"/>	

OBSERVACIONES:

326.002 (2/21) 00.01

EXPEDIENTE CLINICO

9000 85 067 0001 02

CUESTIONARIO MEDICO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO PARA LA INSCRIPCION DEL TITULAR Y/O BENEFICIARIO LEGAL AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA.

Antes de llenar el presente formato deberá tomar en consideración lo siguiente:

1. REQUISITAR UN CUESTIONARIO MEDICO POR CADA UNO DE LOS FAMILIARES QUE HAYA INSCRITO AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA.
2. LAS PARTES SOMBRREADAS SON DE USO EXCLUSIVO DEL IMSS. FAVOR DE NO ESCRIBIR SOBRE ELLAS.
3. LLENAR LOS ESPACIOS CON TODOS LOS DATOS SOLICITADOS SIN OMITIR INFORMACIÓN.
4. NO OLVIDE QUE USTED TAMBIEN TIENE QUE PRESENTAR SU CUESTIONARIO.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Para evitar tachaduras o enmendaduras, sugerimos leer cuidadosamente las siguientes instrucciones utilizando tetrá de molde y bolígrafo de tinta negra en las áreas no sombreadas.

1. DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO. (para uso exclusivo del IMSS)
2. DATOS DEL TITULAR O BENEFICIARIO LEGAL.

Inicie señalando si es el Titular del Seguro o Beneficiario, si es Beneficiario señale en el siguiente recuadro el parentesco que tiene con el titular del seguro. Llene la parte correspondiente al teléfono. Continúe con la parte correspondiente a su nombre iniciando con el apellido paterno, luego el apellido materno y el o los nombres completos. Indique el lugar, la fecha de nacimiento señalando día, mes y año; la edad que actualmente tiene e indique su sexo tachando (H)=hombre o (M)=mujer. Finalice anotando su estado civil, el nivel más alto de estudios e indique su ocupación.

3. HISTORIA DE HABITOS PERSONALES.

Responda de acuerdo a cada una de las preguntas marcando en el círculo con una "x" y llene las espacios de las preguntas correspondientes.

4. HISTORIA DE ENFERMEDADES.

Debe marcar con una "x" si tiene o padece alguna de las enfermedades que se indican. En caso de que usted no padezca alguna de ellas, deje el espacio en blanco.

* El espacio correspondiente a observaciones es para uso del IMSS.

REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIO MEDICO

Titular del Seguro y familiares beneficiarios.

Presentarse en el área de control de prestaciones de la unidad médica a la cual fueron adscritos con la siguiente documentación:

1. Comprobante de inscripción y tarjeta de citas de actividades médico preventivas (CARNET).
2. Dos copias del cuestionario médico del familiar a que se refiere el CARNET.
3. Dos fotografías tamaño infantil recientes del mismo miembro de la familia a que se refiere el CARNET.

El área de Control de Prestaciones de la Unidad Médica le asignará consultorio, colocará una fotografía en cada uno de los CARNETS y gira en la copia del Cuestionario Médico, misma que pasará a formar parte del expediente, certificando la validez de ambos documentos.

CONDICIONES PARA LA CONTRATACION DEL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

Lea cuidadosamente lo siguiente:

1. No procede la contratación del seguro de salud para la familia para el integrante del núcleo familiar asegurado que al llenar la solicitud de inscripción, padece alguna de las enfermedades contenidas en el presente cuestionario médico.
2. El seguro será cancelado cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social diagnostique alguna de estas padecimientos y se precise que es preexistente durante el primer año de vigencia del seguro de salud para la familia.
3. En todas las casas, cuando se presente la situación arriba mencionada, no habrá devolución de cuota.
4. En todas las casas, perderá el seguro únicamente quien presente el padecimiento, manteniéndose el aseguramiento para el resto de la familia inscrita.
5. Todos los miembros del núcleo familiar asegurado deberán presentarse a consulta médica durante las primeras seis meses de su aseguramiento.
6. Declaro decir la verdad en el presente cuestionario y estoy de acuerdo, en caso de haber fallado a la misma, sea cancelado el Seguro de Salud para la Familia del miembro o miembros que hubieran incurrido en falsedad, sin responsabilidad para el Instituto Mexicano del Seguro Social.

ACEPTO LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS

Después de leer y llenar el Cuestionario Médico, bajo protesta de decir verdad, suscribo el presente y acepto mi incorporación al Instituto Mexicano del Seguro Social en los términos que indica el Reglamento del Seguro de Salud para la Familia, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 30 de junio de 1997.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TITULAR DEL SEGURO

FIRMA DEL INTERESADO
Yo PADRE O TUTOR EN CASO DE MENORES DE EDAD