



MUTUALIDAD CFIA
TRANSFORMAMOS VIDAS

PERFIL MÉDICO DEL COLEGIADO(A) SUBSIDIO PLAN SALUD



♥ INFORMACIÓN PERSONAL

DD | MM | AAAA

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"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> Lupus erimatoso sistémico | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B, C | |

Otros

Antecedentes heredo familiares

Madre

Padre

Hermanos

¿Consume alguna de estas sustancias?

Tabaco Alcohol Drogas Ninguno

Antecedentes alérgicos

Medicamentos Alimentos Otros No aplica

Antecedentes quirúrgicos

Sí No (especifique)

Firma del colegiado(a)

