



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CUESTIONARIO MÉDICO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO PARA LA INSCRIPCIÓN DEL
TITULAR y/o BENEFICIARIOS LEGALES AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA

FOTO

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

1. DATOS DEL TITULAR DEL SEGURO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
POLIZA N°	N° DE SEGURIDAD SOCIAL	AGREGADO MÉDICO	N° CURP		

2. DATOS DEL TITULAR O BENEFICIARIO LEGAL

TITULAR <input type="radio"/>	BENEFICIARIO <input type="radio"/>	PARENTESCO DEL TITULAR DEL SEGURO		AGREGADO MÉDICO	TELÉFONO
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	EDAD
				SEXO	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M
ESTADO CIVIL					
CLAVE DELEGACIÓN DE ADSCRIPCIÓN:		ESCOLARIDAD		PRIMARIA <input type="radio"/>	SECUNDARIA <input type="radio"/>
				PREPARATORIA <input type="radio"/>	
TIPO DE UNIDAD: N°		OCUPACIÓN		ESCUELA TÉCNICA <input type="radio"/>	PROFESIONAL <input type="radio"/>

3. HISTORIA DE HÁBITOS PERSONALES

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

4. HISTORIA DE ENFERMEDADES

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

1. ALERGIA O ASMA	9. REUMATISMO O ARTRITIS
2. ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA SANGRE	10. TUBERCULOSIS
3. CANCER O TUMORES	11. ULCERA DEL ESTOMAGO
4. DIABETES MELLITUS CON:	12. SIDA
A) INSUFICIENCIA RENAL	13. V.I.H.POSITIVO
B) RETINOPATIA	14. ENFERMEDADES CONGÉNITAS (DESDE EL NACIMIENTO)
C) NEUROPATIA	15. BRONQUITIS CRÓNICA
D) INSUFICIENCIA CIRCULATORIA PERÍFERICA	16. ACCIDENTE VASCULAR O EMBOLIA
5. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	17. DEFORMACIONES O LIMITACIONES DE MOVIMIENTO POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES
6. ENFERMEDADES DEL HÍGADO	18. ALCOHOLISMO ADICTIVO (FRECUENTE)
7. ENF. NERVIOSAS O PSIQUIÁTRICA CRÓNICAS	19. ADICCIÓN POR SUSTANCIAS TÓXICAS
8. PRESIÓN ARTERIAL ALTA	

OBSERVACIONES:

CUESTIONARIO MÉDICO INDIVIDUAL COMPLEMENTARIO PARA LA INSCRIPCIÓN 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 MÉDICO POR CADA UNO DE LOS FAMILIARES QUE HAYA INSCRITO AL SEGURO DE SALUD PARA LA FAMILIA.
- 2.- LAS PARTES SOMBRADAS 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 TAMBIÉN TIENE QUE PRESENTAR SU CUESTIONARIO.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Para evitar tachaduras o enmendaduras, sugerimos leer cuidadosamente las siguientes instrucciones utilizando letra 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 HÁBITOS PERSONALES.

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

4. HISTORIA DE ENFERMEDADES.

Debe marcar con una "X" si tiene o padece algunas 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 para uso del IMSS:

REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIO MÉDICO

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 la asignará consultorio, colocará una fotografía en cada uno de los CARNETS y otra en la copia del cuestionario Médico, misma que pasará a formar parte del expediente, certificando la validez de ambos documentos.

CONDICIONES PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO 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 alguno de estos padecimientos y se precise que es preexistente durante el primer año de vigencia del seguro de salud para la familia.
3. En todos los casos, cuando se presente la situación arriba mencionada, no habrá devolución de cuota.
4. En todos los casos, 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 los primeros seis meses de su aseguramiento.
6. Declaro decir la verdad en el presente cuestionario y estoy de acuerdo, en caso de haber faltado 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
y/o PADRE O TUTOR EN CASO
DE MENORES DE EDAD