

**FORMATO DE DECLARACIÓN DE SALUD PARA AFILIADOS**  
PROCEDIMIENTO PARA LA AFILIACIÓN E INSCRIPCIÓN

Código: GAI-FR-07  
Versión: 03  
Fecha: junio 2019

NIT 890.102.044-1

FORMULARIO DE AFILIACIÓN N° \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

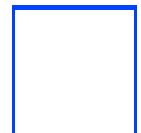
EVENTO PÚBLICO  VISITA PERSONALIZADA

AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	N° DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	ETNIA
C	_____	_____	_____	_____	_____
B1	_____	_____	_____	_____	_____
B2	_____	_____	_____	_____	_____
B3	_____	_____	_____	_____	_____
B4	_____	_____	_____	_____	_____
B5	_____	_____	_____	_____	_____
B6	_____	_____	_____	_____	_____
B7	_____	_____	_____	_____	_____

ITEM	PREGUNTA	C	B1	B2	B3	B4	B5	B4	B5	B6	B7
1	Sufre o ha sufrido de Hipertensión, Diabetes, Infarto, Trombosis, Enfermedad Renal Crónica o Problemas Cardíacos										
2	Ha tenido o tiene Cáncer (seno, matriz, próstata, gástrico, leucemias, otros)										
3	Algún familiar presenta o ha presentado Cáncer de Seno, Cuello Uterino, Colon										
4	Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su Trabajo u Ocupación										
5	Padece algún tipo de discapacidad (física, mental, sordera, ceguera)										
6	Ha sufrido de: Epilepsia, Pérdida de Conocimiento, Convulsiones										
7	Presenta problemas visuales (Astigmatismo, Catarata, Hipermetropía, Miopía, Presbicia o ha sido operado de los ojos)										
8	Sufre de enfermedades mentales (Depresión, Ansiedad, Esquizofrenia, etc.)										
9	Presenta o ha presentado enfermedades respiratorias: Asma, Bronquitis, Enfisema, EPOC, Neumonía, uso de inhaladores o Tuberculosis										
10	Sabe si tiene alguna infección de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea, Chancro, Condilomas, Verrugas Genitales)										
11	Sabe si esta infectado por el virus del VIH o tiene SIDA										
12	Presenta delgadez, sobrepeso u obesidad										
13	Ha sufrido de Hepatitis (A, B, O C)										
14	Sabe si sufre o ha sufrido de problemas de coagulación de la sangre, hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación										
15	Sufre o ha sufrido de Artritis, Gota o Fiebre Reumatoidea										
16	Ha recibido o sabe si requiere reemplazo articular de cadera, rodilla u otro										
17	Ha recibido o sabe si requiere trasplante de órganos (córnea, corazón, hígado, riñón, médula)										
18	Si está embarazada asiste a control de embarazo										
19	Ha sido víctima de violencia física, psicológica o sexual										
20	Fuma o ha fumado durante los últimos 12 meses										
21	Consumo bebidas alcohólicas regularmente										
22	Consumo o ha consumido sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, perico, éxtasis, anfetaminas, otras)										

\_\_\_\_\_  
Firma del Usuario

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos de la  
persona que diligencia



N° de identificación del usuario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Cargo de la persona que diligencia el cuestionario

Huella  
índice derecho