



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
CLAVE DELEGACION DE ADSCRIPCION:		ESCOLARIDAD		SEXO <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M	ESTADO CIVIL
TIPO DE UNIDAD: No.		OCUPACION:		ESCUOLA TECNICA <input type="radio"/>	PROFESIONAL <input type="radio"/>

3. HISTORIA DE HABITOS PERSONALES MARQUE CON UNA X (CON NUMERO EN SU CASO)

1. ¿REALIZA ACTIVIDAD FISICA PERIODICA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 2. ¿TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI LA RESPUESTA ES SI: A) ¿CUANTAS COPAS POR SEMANA? _____ B) ¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO? _____ AÑOS	3. ¿FUMA CIGARRILLOS? SI LA RESPUESTA ES SI: A) ¿CUANTOS CIGARRILLOS AL DIA? _____ B) ¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO? _____ AÑOS 4. ¿ACOSTUMBRA AUTOMEDICARSE? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO 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 <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: <input type="radio"/>	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"/>	19. ADICCION POR SUSTANCIAS TOXICAS <input type="radio"/>
8. PRESION ARTERIAL ALTA <input type="radio"/>	

OBSERVACIONES: