



FEMEDICA

El prepago de los médicos

CUIT: 30-52911819-4 | Hipólito Yrigoyen 1124/1126 – CABA | www.femedica.com.ar

SOLICITUD DE INGRESO FEMEDICA

Promotor N° de Socio.....

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE TITULAR

Apellido Nombres Sexo Femenino Masculino

CUIL/CUIT Tipo de documento N°

Profesión Fecha de Nacimiento Nacionalidad

Estado civil Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Unión convivencial (Concubinato)

Condición ante el IVA Cobertura de salud actual.....

Domicilio 1 Correspondencia Legal

Calle N° Piso Depto.....

Localidad..... Código postal Provincia..... País

E-mail Teléfonos Celular

Domicilio 2 Correspondencia Legal

Calle N° Piso Depto.....

Localidad..... Código postal Provincia..... País

Acepto recibir en la dirección de correo electrónico informada todas las comunicaciones administrativas como las cartas de carácter legal emitidas por FEMEDICA, el envío de facturación, notificaciones sobre modificaciones en la cuota mensual, novedades sobre el servicio, cambios, etc. independientemente del uso de otros medios como telefónicos o postal. Los datos de contacto informados tendrán validez hasta tanto comunique cambios a través de los canales habilitados. La cartilla de prestadores y los trámites administrativos se encuentran habilitados para consulta y gestión en el sitio www.femedica.com.ar

DATOS DE AFILIACIÓN SOLICITANTE TITULAR

Motivo de cambio de Plan.....

Vigencia Plan de servicio Económicos Por servicio médico Motivo desconocido

IDENTIFICACIÓN DE LOS SOLICITANTES FAMILIARES

2. CIApellido Nombres..... Sexo Nacionalidad

Tipo de documento..... N° de documento/CUIL Fecha de nacimiento..... Vigencia..... Parentesco.....

3. CIApellido Nombres..... Sexo Nacionalidad

Tipo de documento..... N° de documento/CUIL Fecha de nacimiento..... Vigencia..... Parentesco.....

4. CIApellido Nombres..... Sexo Nacionalidad

Tipo de documento..... N° de documento/CUIL Fecha de nacimiento..... Vigencia..... Parentesco.....

5. CIApellido Nombres..... Sexo Nacionalidad

Tipo de documento..... N° de documento/CUIL Fecha de nacimiento..... Vigencia..... Parentesco.....

6. CIApellido Nombres..... Sexo Nacionalidad

Tipo de documento..... N° de documento/CUIL Fecha de nacimiento..... Vigencia..... Parentesco.....

7. CIApellido Nombres..... Sexo Nacionalidad

Tipo de documento..... N° de documento/CUIL Fecha de nacimiento..... Vigencia..... Parentesco.....

SOLICITUD DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Tarjeta de crédito Tarjeta..... N° de tarjeta..... Vencimiento (MM-DD-AAAA).....

Rapipago Pago Fácil Pago mis cuentas

Adjunta documentación de

DNI..... Recibo de haberes..... Traspaso sindical..... Monotributo.....

Los datos aportados forman parte de un banco de datos de FEMEDICA con domicilio legal en Hipólito Yrigoyen 1124/1126 – CABA – y serán tratados para brindar servicios a los asociados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho al acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a 6 meses salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme a lo establecido en el art. 14 inciso 3 de la Ley nro. 25326. Declaro bajo juramento que la información consignada en la presente solicitud y en la DDJJ de Salud que suscribo por separado y en forma simultánea a este documento son exactos, completos y veraces. Esos documentos han sido completos de buena fe, a conciencia y contienen toda la información que es de mi conocimiento respecto a mi persona y de las personas que se incorporan junto conmigo en calidad de beneficiarios no titulares. Me notifico que en caso de falsedad de esta declaración jurada por inexistencia de buena fe de quien suscribe al completar la información FEMEDICA queda facultada a disponer la resolución del contrato y la baja de la afiliación de quien suscribe y de los beneficiarios no titulares que integran el grupo familiar.

Esta solicitud de afiliación se encuentra sujeta a la aceptación de FEMEDICA. Por lo tanto, puede ser rechazada dentro de los treinta días corridos desde la fecha de firma, con o sin expresión de causa, respetando las previsiones del art.11 de la Ley 26682.-

Lugar y fecha de presentación

Firma del solicitante

Firma y aclaración del solicitante

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

	Nombre y apellido DNI:	Nombre y apellido DNI:
1. ¿Posee antecedentes de cirugías? Tipo de cirugía Fecha Diagnóstico.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
2. ¿Tiene colocado un marcapasas o cardiodesfibrilador?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
3. Tiene colocada una prótesis traumatológica? Fecha Tipo de prótesis.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
4. ¿Cuenta con antecedentes de enfermedades psiquiátricas? ¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico? Diagnóstico..... Medicación Internaciones psiquiátricas..... Fecha.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
5. ¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas? Fecha Motivo.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
6. ¿Se encuentra realizando algún tratamiento (fonoaudiología, psicomotricidad, otros)? ¿Cual/es?..... Diagnóstico..... Médico tratante Teléfono del médico	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
7- Fecha de la última vez que se realizó estudios-análisis ¿El resultado fue normal? Si la respuesta es NO, detalle el diagnóstico	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
8. ¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias? Cual/es?.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
9- ¿Ha recibido transfusiones de sangre? Casusa..... Fecha.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
10. ¿Está embarazada?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
11. Cantidad de hijos (detallar cuantos hijos tiene cada integrante mayor de 14 años)		
12. ¿Padece actualmente alguna enfermedad o alteración física que requiera estudios, cirugías o internaciones en los próximos 6 meses? ¿Cuál/es?.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
13. tiene dificultades en la visión y/o audición? ¿Cuál/es?..... Diagnóstico.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
14. Ha presentado o presenta alguna de estas patologías: diabetes tipo 1 o 2, VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, Mal de Chagas? ¿Cuál/es?.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
15. ¿Padece o padeció adicciones (drogas, alcohol, etc)? ¿Cuál/es?..... ¿Está o estuvo en tratamiento?..... Fecha del tratamiento.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
16. ¿Presenta trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad)? ¿Cuál/es?.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
17 Peso (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Altura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. ¿Tiene o tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad? Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
20. ¿Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores? ¿Cuál/es?.....	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL SOLICITANTE