

Sosio di ACU

Fam/ Nòmber di dilanti:

Number di miembro:

Asegurado y alabes miembro di famia di e asegurado prinsipal

Fam/ Nòmber di dilanti:

Fecha di nasimentu y number di sédula:

Relashon familiar ku asegurado prinsipal:.....

Adrès:

Lugá di biba:

Number di telefon:

Email-adres:

Doño di trabou:.....

Preguntanan relashoná ku e estado di salu

Kiko ta bo peso y haltura?

Peso:..... kg

Haltura:cm

Bo tin un malesa o defekto aktualmente? Si / No

Si ta "si", por favor indiká ki tipo di problema;.....

Bo ta huma? Si ta si, porfavor indika kuantu pa día: Si / No

.....

Bo ta bebe bibida alkohólico? Si ta si, por favor indiká kuantu pa día: Si /No

.....

Bo ta usa droga?, Si ta si, ki tipo i pa kuantu tempu? Si / No

.....

Bo ta usando remedi aktualmente? Si / No

Si ta "si" por favor indiká e nòmber, e dosis y e motibu di uso.....

.....

Bo tabatin operashon den e último 5 añanan?

Si / No

Si ta "si", por favor indiká pa kiko;

Bo a bishita kualke médiko o spesialisista último 3 luna?

Si / No

Si ta "si" por favor indiká e nòmber y e motibu;.....

.....

Bo tin AIDS, HIV òf sifilis?

Si / No

Si ta "si" ki tipo?.....

Bo tin / tabatin un tumor o kanser?

Si / No

Si ta "si" por favor indiká ki tipo y na unda;

Bo tin algu mas di partisipá o remarka relashoná ku bo salú ku lo por tin influensia riba pago den kaso di fayasimentu?

Si / No

Si ta "si" por favor indiká esaki.....

Suskrito ta deklará di a yena e formulario aki kompletamente konforme bèrdat y ta duna outorisashon pa den kaso di fayasimentu por hasi investigashon serka kualke médiko o spesialisista.

Nòmber di asegurado:

Fecha:

Lugá:

Firma: