

Sosio di ACU

Fam / Nòmbernan dilanti:
Number di miembresia (ACU):

Asegurado y alabes miembro di famia di e asegurado prinsipal / sosio di ACU

Fam / Nòmbernan dilanti:
Fecha di nasimentu y number di sédula:
Relashon familiar ku asegurado prinsipal:
Adrès:
Lugá di biba:
Number di telefon:
Doño di trabou:
Email-adres:

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

Bo tin AIDS / Bo ta HIV seropositif?

Si / No

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

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 fabor 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: