

 <b>UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA</b>	<b>SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</b>	Código: U-FT-16.002.008
	<b>FORMULARIO DE DECLARACION DEL ESTADO DE SALUD</b>	Versión: 1.0
		Página 1 de 3

**FORMULARIO DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE COTIZANTE Y SUS BENEFICIARIOS.**

**IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE**

_____	_____	_____	_____
<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>
<b>Documento de identificación:</b> C.C. _ C.E. _ Pasaporte _ Otro _____ Cuál? _____ N° _____			
<b>Domicilio habitual:</b> País: _____ Departamento o Estado _____ Ciudad _____			
<b>Dirección residencia:</b> _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____			
<b>Celular:</b> _____ Correo electrónico _____			

Para efectos de la afiliación a UNISALUD como Empresa Administradora de Planes de Beneficios se deja constancia que conforme a lo establecido a la Resolución 5261 de 1994 art. 15, expedida por el Ministerio de Salud ahora Ministerio de Salud y Protección social “ *toda persona que ingrese a una EPS, debe diligenciar bajo la gravedad de juramento, un formulario que contenga sus datos personales y familiares, su condición de salud actual y pasada y la de sus familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos*”

Diligencie en la columna “C” los datos del **cotizante** y en la casillas **numeradas 1 a 5** los de los **beneficiarios**.

En el mismo orden que relacionó los beneficiarios en el formulario de afiliación ITEM 7 INFORMACION DE BENEFICIARIOS conteste con “S” si es afirmativo y con “N” si es Negativo, en cada una de las casillas .

El formulario indaga por los antecedentes personales; tiene 5 agrupaciones, por favor **diligencie las que apliquen y cruce con una línea oblicua en cada casilla de la no utilizada (/)**.

ANTECEDENTES PERSONALES						
Patologías	C	1	2	3	4	5
<b>A. Enfermedades médicas: ¿Ha tenido o tiene usted?</b>						
1.Ulcera						
2.Epilepsia						
3.Diabetes (Azúcar en la sangre)						
4.Hipertensión (Tensión Alta)						
5.Artritis						
6.Asma						
7.Cálculos en la vesícula						
8.Hernias						
9.Cataratas						
<b>B. Cirugías ¿Le han realizado?</b>	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Cirugía Vesícula Biliar						
2.Cirugía de Cataratas						
3.Cirugía de Hernias						
4.Cirugía de Corazón						
5.Cirugía de Apéndice						



6.Cirugía del Sistema Nervioso Central						
7.Otra, cuál?						
<b>C. Enfermedades de Alto Costo</b>	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Falla crónica de Riñón (Diálisis)						
2.VIH (Sida)						
3.Cáncer						
<b>D. Otras eventos</b>	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Enfermedad Laboral Cual? Describe:						
2.Accidente de trabajo Cual? Describe:						
3.De la cavidad oral. Cual? Describe:						

<b>HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (AUTOCUIDADO)</b>						
	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.¿Consulta al médico por prevención?						
2.¿ Ha pertenecido algún (s) programa(s) de promoción y prevención en su EPS anterior? ( Ej: programa de Hipertensos , Diabéticos, ejercicio físico, higiene oral , crónicos)						
3.¿Se ha realizado el examen de Citología Cérvico-vaginal en el último año? Sí/No						
4.¿Se ha realizado autoexamen se seno en el último año?						
5.¿Se ha realizado el examen de Mamografía en el último año?						
6.¿Se ha realizado Antígeno Prostático en el último año?						
7.¿Con qué frecuencia realiza ejercicio a la semana? _____ vez, veces						
8.¿Sigue algún plan nutricional basado en alimentación más natural? Sí/No						
<b>Otros hábitos</b>						
1.Fuma: Sí / No ¿Cuántos cigarrillos al día? _____						
2.¿Consume alcohol? Si / No						
3.¿Consume alcohol más de una vez por semana? Sí / No ¿Cuántas? _____						
4.Usa sustancias psicoactivas? Sí / No Cuáles? _____						
5.Sufre de alguna discapacidad Física y o mental ? Si / No						
Describe:						

<b>PARA MUJERES MAYORES DE 14 AÑOS</b>						
<b>Información Gestacional</b>	<b>C</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.¿Está embarazada? Si / No						
2.¿Cuantos meses de Embarazo tiene?						
3.¿Asiste a control prenatal?						
4.¿Cuándo fue su último control? Si / No _____						
5.¿Durante este embarazo tiene aumento anormal de azúcar en la Sangre?						
6. Usa algún método de planificación familiar? Si / No Cuál? _____						
7.Registre el número de número de embarazos						
8.Registre el número de partos Naturales						
9.Registre el número de cesáreas						
10.Registre el número de Abortos						
11.Registre el número de hijos nacidos vivos						



12.Registre el número de hijos nacidos antes de término						
13.¿Hubo Sobrepeso al nacer en alguno de sus bebés? Si / No						

PARA LOS MENORES DE CINCO AÑOS						
Antecedentes de vacunas	C	1	2	3	4	5
1.Sarampión						
2.Rubéola						
3.Paperas						
4.BCG						
5.Hepatitis B						
6.Polio						
7.Haemophilus Influenza (Meningitis)						

**Bajo la gravedad de juramento declaro que:**

- 1.Todas las respuestas y declaraciones rendidas y consignadas en este documento son verídicas.
- 2.Para efecto de traslado de EPS, yo y ninguno de mis beneficiarios inscritos en el formulario Único de Afiliación a UNISALUD se encuentran:
  - a.En incapacidad o licencia de maternidad.
  - b.Internado en una entidad hospitalaria para la práctica de procedimientos de alta complejidad.
  - c.En tratamiento para el manejo de enfermedad de Alto Costo (VIH Sida, Diálisis o Quimioterapia para el cáncer).
  - d.Debiendo alguna suma a la EPS actual que impida efectuar el libre traslado a UNISALUD.
- 3.Conozco y he leído los derechos y deberes de los USUARIOS de UNISALUD y me comprometo a cumplir y hacer cumplir los mismos.
- 4.Me comprometo a NO participar en suplantaciones y demás prácticas ilegales, durante el contacto de mi grupo familiar con los prestadores que conforman la red de UNISALUD.
- 5.Autorizo expresamente a UNISALUD para solicitar y utilizar, con fines de verificación y validación, la información y demás documentos que permitan corroborar la condición de salud y la calidad de inscritos en el Formulario Único de Afiliación e inscripción a la EPS.

Firma del Cotizante \_\_\_\_\_