



# INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

## CUESTIONARIO MÉDICO INDIVIDUAL

### PARA LA INSCRIPCIÓN EN LA INCORPORACIÓN VOLUNTARIA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO

**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 O BENEFICIARIO LEGAL

TITULAR  ESPOSA(O) CONCUBINA(RIO)  HIJO(A)  BENEFICIARIO PADRE  BENEFICIARIA MADRE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)		No. DE SEGURIDAD SOCIAL		AGREGADO MEDICO		
CALLE Y/O MANZANA		NUMERO	COLONIA Y/O POBLACION		CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION					
POBLACION		ESTADO		CODIGO POSTAL		TELEFONO				
LUGAR DE NACIMIENTO			FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		SEXO		ESTADO CIVIL	
			DÍA	MES	AÑO	H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				
CLAVE DELEGACION DE ADSCRIPCION		OCUPACION			ESCOLARIDAD					
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR					PRIMARIA <input type="radio"/>		SECUNDARIA <input type="radio"/>		PREPARATORIA <input type="radio"/>	
							ESCUELA TECNICA <input type="radio"/>		PROFESIONAL <input type="radio"/>	

#### 2. MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO

APLICA DISPOSICIONES DE EXCLUSION POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y TIEMPOS PARA RECIBIR LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES		SI	NO	FECHA DE INICIO DE SERVICIOS		NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO QUE VERIFICA LA INFORMACIÓN							
TIPO DE CONTRATACION (individual/colectivo)		MODALIDAD				E.y.M.		R.T.		I.V.		RCV	
		P.E.	P.D.	P.E.	P.D.	P.E.	P.D.	R	C	V			
		XX		XX		XX		XX	XX	XX	XX	XX	XX
		XX		XX	XX	XX	XX	XX	XX				XX
		XX		XX									
		XX		XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX
		XX						XX	XX				XX
		XX						XX	XX				XX

R.T. RIESGO DE TRABAJO AVANZADA E.y.M. ENFERMEDADES Y MATERNIDAD V. VEJEZ P.D. PRESTACIONES EN DINERO I.V. INVALIDEZ Y VIDA P.E. PRESTACIONES EN ESPECIE R. RETIRO C. CESANTIA EN EDAD

#### 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? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	3. ¿FUMA CIGARRILLOS? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
SI LA RESPUESTA ES SI: A) ¿CUÁNTAS COPAS POR SEMANA? _____ B) ¿DESDE HACE CUANTO TIEMPO? _____ AÑOS	SI LA RESPUESTA ES SI: A) CUANTOS CIGARRILLOS AL DÍA? _____ 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 CRÓNICAS 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: A) INSUFICIENCIA RENAL _____ <input type="radio"/> B) RETINOPATÍA _____ <input type="radio"/> C) NEUROPATÍA _____ <input type="radio"/> D) INSUFICIENCIA CIRCULATORIA PERIFÉRICA _____ <input type="radio"/>	12. SIDA _____ <input type="radio"/>
5. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN _____ <input type="radio"/>	13. V.I.H. POSITIVO _____ <input type="radio"/>
6. ENFERMEDADES DEL HIGADO _____ <input type="radio"/>	14. ENFERMEDADES CONGÉNITAS (DESDE EL NACIMIENTO) _____ <input type="radio"/>
7. ENF. NERVIOSAS O PSIQUIÁTRICAS CRÓNICAS _____ <input type="radio"/>	15. BRONQUITIS CRÓNICA _____ <input type="radio"/>
8. PRESIÓN ARTERIAL ALTA _____ <input type="radio"/>	16. ACCIDENTE VASCULAR O EMBOLIA _____ <input type="radio"/>
	17. DEFORMACIONES O LIMITACIONES DE MOVIMIENTO POR ACCIDENTES O ENFERMEDADES _____ <input type="radio"/>
	18. ALCOHOLISMO ADICTIVO (FRECUENTE) _____ <input type="radio"/>
	19. ADICCIÓN POR SUSTANCIAS TÓXICAS (FRECUENTE) _____ <input type="radio"/>

# CUESTIONARIO MÉDICO INDIVIDUAL PARA LA INSCRIPCIÓN EN LA INCORPORACIÓN VOLUNTARIA AL RÉGIMEN OBLIGATORIO

Antes de llenar el presente formato deberá tomar en consideración lo siguiente:

1. LAS PARTES SOMBRADAS SON PARA USO EXCLUSIVO DEL IMSS. FAVOR DE NO ESCRIBIR SOBRE ELLAS.
2. LLENAR LOS ESPACIOS CON TODOS LOS DATOS SOLICITADOS SIN OMITIR INFORMACION.

## INSTRUCCIONES DE LLENADO

Para evitar tachaduras o enmendaduras, sugerimos leer cuidadosamente las siguientes instrucciones utilizando letra de molde y bolígrafo de tinta negra en las áreas no sombreadas.

### 1. DATOS DEL TITULAR O BENEFICIARIO LEGAL

Inicie señalando si el cuestionario es del titular del seguro o especifique el beneficiario legal, prosiga con su apellido paterno, materno y nombre(s), el domicilio con la calle, número y colonia; ciudad/población, municipio/delegación, estado, código postal y teléfono. Lugar y fecha de nacimiento señalando día, mes, año, edad actual. Marque con una "X", en la (H) si es hombre o en la (M) si es mujer, siguiendo con el estado civil. Igualmente marque con una "X" su nivel más alto de estudios e indique su ocupación.

### 2. MODALIDAD DE ASEGURAMIENTO

Las partes sombreadas son para uso exclusivo del IMSS. En ella se especifica el tipo de contratación, y el nombre y firma del empleado que verifica la información.

### 3. HISTORIA DE HÁBITOS PERSONALES

Lea cuidadosamente y responda tachando el círculo correspondiente y/o poniendo con número la información que se requiere. Este apartado tiene por objeto saber un poco más acerca de su condición física y alguno de sus hábitos personales.

### 4. HISTORIA DE ENFERMEDADES

En el siguiente cuadro tiene que tachar con una "X" si tiene o padeció alguna de las enfermedades que se enlistan. **En caso de que usted no haya tenido alguna de ellas deje el espacio en blanco.**

## REQUISITOS PARA RECIBIR SERVICIO MÉDICO

1. Presentarse en la Unidad de Medicina Familiar que le corresponde, con la copia del cuestionario médico, y solicite su registro como derechohabiente para cada uno de los familiares inscritos, se les proporcionará su Cartilla Nacional de Salud.

## CONDICIONES

Lea cuidadosamente lo siguiente:

1. No procede la contratación de la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio, para el integrante del núcleo familiar asegurado que al llenar la solicitud de inscripción, padece alguna de las enfermedades contenidas en el presente cuestionario médico.
2. El seguro será cancelado cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social diagnostique alguno de estos padecimientos y se precise que es preexistente, durante el primer año de vigencia de su inscripción en la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio.
3. En todos los casos, cuando se presente la situación arriba mencionada, no habrá devolución de cuota.
4. En todos los casos, perderá el seguro únicamente quien presente el padecimiento, manteniéndose el aseguramiento para el resto de la familia inscrita.
5. Todos los miembros del núcleo familiar asegurado deberán presentarse a revisión médica durante los primeros seis meses de su aseguramiento.
6. **Declaro decir la verdad en el presente cuestionario y estoy de acuerdo, en caso de haber faltado a la misma, que sea cancelado el seguro, el aseguramiento del miembro o miembros que hubieran incurrido en falsedad, sin responsabilidad para el Instituto Mexicano del Seguro Social.**

## ACEPTO LAS CONDICIONES ARRIBA MENCIONADAS

Después de leer y llenar el Cuestionario Médico, bajo protesta de decir verdad, suscribo el presente y acepto mi incorporación al Instituto Mexicano del Seguro Social en los términos que indica el Reglamento de la Ley del Seguro Social en Materia de Afiliación, Clasificación de Empresas, Recaudación y Fiscalización, publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 1º de noviembre de 2002.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR DEL SEGURO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERESADO

Y/O PADRE O TUTOR EN CASO DE MENORES DE EDAD