

COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR

UNIDAD CIENCIA Y SERVICIO

SOLICITUD DE INGRESO

Señores:

Comité Inscripción Archivos y Escrutinios
Presente.

Por medio de la presente y para que se lleve a consideración de la Junta Directiva solicito mi ingreso como miembro del Colegio Médico de El Salvador.

Fecha: _____ Ingreso: _____ Con Prestacione: _____ Sin Prestaciones: _____

Apellidos: _____ Nombres: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____

N° de DUI: _____ N° de NIT: _____ N° IVA: _____

Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____ Tipo de Sangre: _____

Dirección Particular: _____

Municipio: _____

Departamento: _____ Punto de Referencia _____

Telf. Casa: _____ Celular: _____ Email: _____

Fecha de Graduación de Medicina: _____ Universidad: _____

Especialidad: _____ Sub Especialidad: _____

Pertenece a la Asociación de: _____ Socio Activo de la Filial: SI NO

N° de J.V.P.M. _____

DEL TRABAJO

Dirección: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Área de Trabajo: _____ Telf. y Extensión: _____

CLINICA PARTICULAR (Si Hubiera)

Dirección: _____

Municipio: _____ Departamento: _____

Área de Trabajo: _____ Telf. y Extensión: _____

SISTEMA DE PAGOS: Cobrador: Bancos: Agrícola: Cuscatlán:

Trasferencia en Comédica:

Si desea Cobrador, ubicar Dirección y/o para recibir Correspondencia del Colegio Médico: _____

_____ Municipio _____ Departamento _____

Horario de Visita para el Cobrador: _____ Teléf: _____

Nombre de Cónyuge: _____

Si su Cónyuge es Médico: Esta Afiliado: SI NO

Firma y sello: _____

COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR

UNIDAD CIENCIA Y SERVICIO

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE INSCRIPCIÓN ARCHIVOS Y ESCRUTINIOS

SESION REALIZADA: _____

APROBADA COMO MIEMBRO: SI NO

MOTIVO: _____

FIRMA: _____

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE FINANZAS Y PRESTACIONES SOCIALES

MONTO DEL BENEFICIO SEGÚN CATEGORIA

MONTO DEL RETIRO:

CLASE "A" US\$

CLASE "B" US\$

CLASE "C" US\$

SEGURO COLECTIVO DE VIDA E INCAPACIDAD PERMANENTE:

CLASE "A" US\$

CLASE "B" US\$

CLASE "C" US\$

CATEGORIA	CUOTA ACTUAL	IVA	TOTAL
METROPOLITANO MENOR DE 35 AÑOS	\$ 30.07	\$ 3.91	\$ 33.98
METROPOLITANO MAYOR DE 35 AÑOS	\$ 34.07	\$ 4.43	\$ 38.50
DEPARTAMENTAL Y AUSENTE	\$ 27.22	\$ 3.54	\$ 30.76
MIEMBRO MAYOR DE 45 AÑOS SIN PRESTACION	\$ 15.00	\$ 1.95	\$ 16.95

SESION REALIZADA: _____

OBSERVACION: _____

FIRMA: _____

FIRMA: _____

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR

UNIDAD CIENCIA Y SERVICIO

FORMULARIO PARA EXAMEN MEDICO

En relación con mi solicitud de Ingreso al Colegio Médico, proporciono la información siguiente:

1-A- Nombre : _____ B- Fecha de Nacimiento: _____					
C- Lugar de Nacimiento: _____					
2-A- ¿Acostumbra Usted a tomar bebidas alcohólicas? _____ B- Clase, cantidad y frecuencia _____					
C- ¿Ha usado o usa actualmente drogas narcóticas? _____					
D-¿Fuma usted? _____ ¿En qué cantidad? _____					
3-A- Historia Familiar					
	FAMILIARES VIVOS		FAMILIARES FALLECIDOS		
	EDAD	Estado de salud (si no es bueno, dar detalles)	EDAD AL MORIR	Causa de muerte	
PARENTESCO					B- Ha padecido o padece alguna de ellos de enfermedades infecto-contagiosas: (detalle) _____ _____ _____ C- Ha padecido o padece alguna de ellos de enfermedades crónicas: (detalle) _____ _____ _____
Padre					
Madre					
Cónyuge					
Hermanos					
4-A- ¿Se le ha practicado algún examen médico en relación con algún seguro de vida, de enfermedad o de accidente? (Dense detalles)					

B- ¿Ha recibido alguna vez indemnización por alguna lesión o enfermedad de una institución de Seguros? (Incluyendo al ISSS)					

5-A- ¿Tiene usted algún defecto de la vista o el oído? (indicar naturaleza o grado del mismo)					

B- ¿Ha aumentado o disminuido su peso en el último año? _____ Lbs. Aumentadas _____ Lbs. Disminuidas _____					
Causa: _____					
Peso actual: _____ Estatura: _____					
C- ¿Padece usted actualmente alguna enfermedad? _____					
D- ¿Ha estado incapacitado alguna vez y porque enfermedad? _____					

E- ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o síntomas? (conteste SI o NO, si la respuesta es " SI" dar Detalles al final):

	SI o NO
a) Ictus, parálisis, epilepsia, vértigos, jaquecas o dolores de cabeza crónicos.	<input type="text"/>
b) Asma, pleuresia, esputos sanguinolentos, tos crónica tuberculosis u otra enfermedad pulmonar	<input type="text"/>
c) Enfermedades del corazón, angina de pecho, fiebre reumática, palpitaciones, venas varicosas, alta o baja presión arterial	<input type="text"/>
d) Ulceras de estómago o duodeno, apendicitis, colitis crónica, ictericia, enfermedad del hígado o de la vesícula biliar, fistula u otra enfermedad rectal	<input type="text"/>
e) Reumatismo, artritis, gota, enfermedad del riñón, diabetes, albumina o sangre en la orina o cálculos	<input type="text"/>
f) Sífilis o reacción de sangre positiva, tumor, cáncer, anemia, bocio, infartos glandulares, amigdalitis, otitis o alguna enfermedad de los ojos, la piel o los huesos	<input type="text"/>
g) Paludismo o alguna enfermedad tropical	<input type="text"/>
h) Diabetes u otra enfermedad endocrinológica	<input type="text"/>
i) Enfermedades infecto-contagiosas	<input type="text"/>
j) VIH positivo	<input type="text"/>

DETALLES REFERENTES A LAS ENFERMEDADES O SÍNTOMAS MENCIONADOS: (INDÍQUESE PADECIMIENTOS, FECHA, NUMERO DE ATAQUES, MÉDICO QUE LE ATENDIÓ, GRAVEDAD Y SECUELAS)

6- A- Nombre de los médicos a quienes consultó en los últimos cinco años: _____

B- Fecha en que los consultó: _____

C- ¿Para qué enfermedades o dolencias? _____

D- ¿Ha estado internado en algún hospital o clínica, para diagnóstico o tratamiento? (indicar fecha, padecimiento y nombre del establecimiento) _____

E- ¿Se ha sometido a alguna intervención quirúrgica? (indicar fecha, nombre y dirección del cirujano y naturaleza de la operación) _____

F- ¿Se le han hecho estudios con rayos X o electrocardiogramas? (Detalles) _____

G- ¿Se le ha aconsejado cambio o restricción de dieta alguna vez? _____

QUESTIONARIO ESPECIAL PARA MUJERES

7-A- Número de hijos que ha tenido _____ de los cuales _____ viven _____	G- ¿Son sus menstruaciones regulares o normales?
B- ¿Cuándo fue el último parto? _____	H- ¿Ha tenido algún tumor o enfermedad del pecho, la matriz o los ovarios? _____
C- ¿Está embarazada actualmente? _____ ¿Cuántos meses? _____	I- ¿Resultado del último examen de papanico-laou? _____
D- ¿Ha tenido abortos? (Dar número, fecha, causa y tiempo de cada uno) _____	
E- ¿Ha pasado la menopausia? _____ ¿Cuándo? _____	
F- ¿Ha habido alguna anomalía en sus embarazos o partos? (Dar detalles) _____	

Convengo en que las contestaciones al anterior cuestionario forman parte de mi Solicitud de Ingreso al Colegio Médico de El Salvador para poder gozar de las prestaciones del Seguro de Vida y de Incapacidad total por Enfermedad Natural o Accidente.
 Hago constar que tales respuestas las he dado personalmente, y que son verdaderas y completas y convengo en que la veracidad de las mismas constituyen la base para ser aceptado por La Junta Médica de Admisión.
 Autoriza, en mi nombre y en el de cualquier otra persona que tuviere o reclamare algún intereses en relación con las prestaciones del Colegio Médico de El Salvador, a cualquier médico que me haya examinado o asistido o me pueda examinar o asistir en el futuro, para revelar al Comité de Seguros a su solicitud, cualquier dato o información que hubiere obtenido por tal examen o asistencia.

FECHADO EL _____

Firma y Sello de Médico

CARTA COMPROMISO

YO, _____
Doctor en Medicina, mayor de edad con Documento Único de Identidad no.:
_____ *y domicilio a efecto de recibir notificaciones*

Declaro que me comprometo a cumplir con las obligaciones de miembro de Colegio Médico según estatutos en el Art. 57 inciso a) Cumplir con los estatutos, con el Código de Ética Médica y los reglamentos del Colegio Médico, b) Servir en los cargos que se le elija o cuando se le nombre comisiones que le encomienden, salvo en caso de fuerza mayor, c) Pagar las cuotas ordinarias y Extraordinarias que establezca la Asamblea de Delegados; asimismo recibo los reglamentos y estatutos vigentes, para la lectura y conocimiento de mis derechos y obligaciones.

La información que he proporcionado al Colegio Médico de El Salvador, es veraz y autorizo para su comprobación.

Firmo la presente declaración en San Salvador, a los _____ días del Mes de _____ de _____.

Sello y Firma: _____

COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR

COMITÉ DE FINANZAS Y PRESTACIONES SOCIALES

HOJA DE INSCRIPCIÓN DE ASIGNATARIOS

(Beneficios de Invalidez, Vejez o Muerte)

Llenar esta hoja a maquina o con letra clara

Código: _____

Nombre de Miembro: _____

Domicilio: _____

_____ Tel: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Vigencia de esta Hoja de Inscripción a partir de: _____

Monto de la Prestación \$ _____

ASIGNATARIOS: INSCRIPCIÓN CAMBIO

Nº	NOMBRE	SEXO	PARENTESCO	PORCENTAJE

EL COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR, a través del Comité de Prestaciones Sociales, por medio de esta hoja de Inscripción HACE CONSTAR:

- * Que este de acuerdo de cobertura para Prestaciones de Invalidez, Vejez o Fallecimiento, se constituye por la solicitud firmada por el miembro, la presente Hoja de Inscripción y los anexos que forman parte del mismo si los hubiere.
- * La Prestación corresponde por ingresar: _____
- * La presente Hoja de Inscripción estará en vigor a partir de la fecha arriba indicada, mientras el miembro se mantenga al día en sus obligaciones económicas con el Colegio.

En testimonio de lo cual EL COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR, extiende la presente hoja de Asignatarios en la ciudad de San Salvador, _____ días del mes de _____ de Dos Mil _____

F.: _____

FIRMA Y SELLO DEL MIEMBRO

F.: _____

PRESIDENTE
COLEGIO MÉDICO DE EL SALVADOR

F.: _____

DIRECTOR
COMITÉ DE FINANZAS Y PRESTACIONES SOCIALES