UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO DE SALUD PARA INICIO DE ATENCIÓN ANTICIPADA

El sistema General de Seguridad Social en Salud establece, según Art. 15 de la Res. 5261del 5 de agosto de 1994, que "toda persona que ingresea una Entidad Promotora de Salud debe diligenciar bajo gravedad de juramento un formulario que contenga sis datos personales y familiares. Su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales, clínicos, epidemiológicos y toxicológicos."

El siguiente cuestionario pretende conocer mejor la salud de cada uno de nuestros afiliados y poder programar las actividades que contibuyan al mantenimiento de su salud. Es absolutamente confidencial y solo será usada por Unisalud para beneficio de sus afiliados.

TIPO DE AFILIADO	IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
	tipo	Número			
COTIZANTE					
CONYUGUE O COMPAÑERO CO					
BENEFICIARIO 1					
BENEFICIARIO 2					
BENEFICIARIO 3					
BENEFICIARIO 4					
BENEFICIARIO 5					

Por favor contestar todas las preguntas para cada uno de los usuarios solicitantes (S: si es afirmativo o N: si es negativo o no aplica y valor numérico para las preguntas 23 y 24); toda respuesta afirmativa requiere la respectiva explicación, de lo contrario el formulario se considera incorrectamente diligenciado. La información del Cotizante corresponde a la columna C. El número con que se identifica el beneficiario en el formulario de afiliación, debe corresponder a cada una de las casillas de la columna " Tipo de afiliado" del presente formato.

No.	PREGUNTA	TIPO AFILIADO						
		C	CO	1	2	3	4	5
1	¿Usted es fumador habitual? (consumo regular de tabaco o cigarrillo en los últimos 12 meses)							
2	¿Ha tenido o tiene sobrepeso u obesidad?							
3	¿Está en embarazo actualmente o presenta algún atraso en su período menstrual?							
4	¿Ha tenido alguna enfermedad relacionada con su trabajo u ocupación?							
5	¿Sufre o ha sufrido de hipertensión arterial o presión arterial alta?							
6	¿Sufre o ha sufrido enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco angina, soplos o enfermedades de las válvulas, trombosis o derrames?							
7	¿Sufre o ha sufrido diabetes mellitus o azúcar en la sangre?							
8	¿Sufre o ha sufrido de problemas renales como: insuficiencia renal crónica, falta de un riñón, cálculos renales, infecciones urinarias frecuentes o diálisis?							
9	¿Sufre o ha sufrido depresión, crisis de pánico, enfermedad bipolar, esquizofrenia, locura?							
10	¿Ha tenido epilepsia o ataques, pérdida del conocimiento, convulsiones, otros problemas neurológicos?							
11	¿Ha recibido o sabe que requiere el trasplante de un órgano como: riñón, médula ósea, córnea, corazón, hígado, otro?							
12	¿Sufre o ha sufrido cáncer?							
13	¿Tiene o ha tenido problemas pulmonares como: asma o asfixia, enfermedad pulmonar obstructiva o EPOC, bronquitis crónica, otra?							
14	¿Tuberculosis o tos con expectoración por más de 15 días en los últimos 3 meses?							
15	¿Sufre o ha sufrido de dolores articulares?							
16	¿Sabe usted si sufre o ha sufrido Problemas con las plaquetas, la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia, sangrados permanentes o ha recibido factores de coagulación?							
17	¿Sabe si está infectado por el virus del VIH o tiene SIDA?							
18	¿Sabe si necesita que le coloquen una prótesis o reemplazo articular de cadera, rodilla, otro?							
19	¿Consume algún medicamento en forma crónica y/o permanente? Si su respuesta es afirmativa, especifique cual? C_____ CO_____ 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5 _____							
20	¿Si viene trasladado de otra EPS o del régimen subsidiado, allá le diagnosticaron o le iniciaron el tratamiento de alguna de las enfermedades por las que le hemos preguntado anteriormente?							
21	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos ha sufrido de cáncer, Diabetes, hipertensión o infarto?							
22	¿Algún familiar cercano (padres, hermanos, abuelos o primos ha sufrido Problemas con las plaquetas, en la coagulación de la sangre, de "sangre delgadita", de Hemofilia o ha recibido factores de coagulación?							
23	¿Cuál es su peso?							
24	¿Cuál es su estatura?							
25	¿Consume licor frecuentemente (una vez por semana)?							
26	¿Usted realiza al menos 30 minutos diarios de actividad física?							
27	¿Cuál es la fecha de su última citología vaginal? C_____ CO_____ 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5 _____							
28	¿Cuál es la fecha de su última mamografíal? C_____ CO_____ 1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5 _____							

Declaro que la información sobre la condición de salud consignada en este documento es veraz. En consecuencia, cualquier omisión o falsedad que se comprobare al respecto, será considerada como un riesgo para el manejo de nuestra salud y acepto las consecuencias jurídicas que se deriven en dicha omisión y autorizo expresamente a Unisalud para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar copia de la Historia Clínica o información de mi estado de salud así como de los beneficiarios sobre los que ejerzo representación legal.

Firma Afiliado Cotizante		Número de documento