

SOLICITUD DE REHABILITACION

No. Póliza

Fecha (DD/MM/AA) (___/___/___)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
Anote su domicilio en caso de haber cambiado desde su contratación (Calle, Núm., Colonia, Estado y C.P.)		Teléfonos
Ocupación actual	Describa en que consisten sus labores	
Alguna otra ocupación	Describa en que consisten sus labores	Empresa en la que las desempeña
RFC	CURP	Correo electrónico

HABITOS

			Clase	Cantidad	Frecuencia
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si			
¿Usa drogas o estimulantes?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si			

FAVOR DE LEER, CONTESTAR Y FIRMAR EL CUESTIONARIO MEDICO

En caso de respuesta afirmativa, dar detalle en el cuadro siguiente:			Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición actual
1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
2. ¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento médico?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
3. ¿Padece ó ha padecido enfermedades del corazón?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
4. ¿Tiene ó ha tenido tumores?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
5. ¿Padece de diabetes ó hipertensión?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
6. ¿Padece alcoholismo?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
7. ¿Ha fumado en los últimos 2 años?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
8. ¿Ha consultado al médico por alguna enfermedad infecciosa de transmisión sexual, como sífilis, sida o gonorrea?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si				
9. ¿Cuál es su estatura?		Mts.				
10. ¿Cuál es su peso?		Kgs.				
11. ¿Ha variado drásticamente su peso (más de 10 kgs.) en los últimos 6 meses ?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	En caso de respuesta afirmativa detallar:			
12. Si es mujer, ¿está embarazada actualmente?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si	En caso de respuesta afirmativa detallar:			

Nota: Anexar copia de identificación oficial con firma