



ARS GRUPO MEDICO ASOCIADO, S.A.

Av. Independencia No. 701, Gazcue, Santo Domingo, R.D.
Tel.: 809-685-4620 • Fax: 809-682-7758 • Desde el Interior: 1-809-200-0761
www.arsgma.com • E-mail: info@arsgma.com • RNC: 1-01-02409-7

CÓDIGO _____
#SOLICITUD
F-006A

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE
DEPENDIENTES AL
SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)**

Solicitante NSS _____ - _____

No. de Cédula de solicitante ____ - ____ - ____

Nombre completo _____ No. de carnet de Asegurado _____

DATOS DE LOS DEPENDIENTES: Por favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor.

1.NSS: _____ - ____ Nombres: _____ 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____ Cédula: _____ Sexo: ____ (M/F) Estudiante: ____ (S/N)
 Discapacitado: ____ (S/N) Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No.: ____ Año: ____

2.NSS: _____ - ____ Nombres: _____ 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____ Cédula: _____ Sexo: ____ (M/F) Estudiante: ____ (S/N)
 Discapacitado: ____ (S/N) Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No.: ____ Año: ____

3.NSS: _____ - ____ Nombres: _____ 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____ Cédula: _____ Sexo: ____ (M/F) Estudiante: ____ (S/N)
 Discapacitado: ____ (S/N) Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No.: ____ Año: ____

4.NSS: _____ - ____ Nombres: _____ 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____ Cédula: _____ Sexo: ____ (M/F) Estudiante: ____ (S/N)
 Discapacitado: ____ (S/N) Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No.: ____ Año: ____

5.NSS: _____ - ____ Nombres: _____ 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____ Cédula: _____ Sexo: ____ (M/F) Estudiante: ____ (S/N)
 Discapacitado: ____ (S/N) Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No.: ____ Año: ____

6.NSS: _____ - ____ Nombres: _____ 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____ Cédula: _____ Sexo: ____ (M/F) Estudiante: ____ (S/N)
 Discapacitado: ____ (S/N) Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No.: ____ Año: ____

7.NSS: _____ - ____ Nombres: _____ 1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____
 Parentesco: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____ Cédula: _____ Sexo: ____ (M/F) Estudiante: ____ (S/N)
 Discapacitado: ____ (S/N) Acta Nacimiento Municipio: _____ Oficialía: _____ Libro: _____ Folio: _____ No.: ____ Año: ____

Firma del Solicitante

Firma del Empleador

PROMOTOR DE SEGURO DE SALUD:

Código único del SDSS: _____

Cédula: _____

Nombre del Promotor _____

Firma del Promotor

HISTORIAL MEDICO DEL AFILIADO DECLARACIÓN PERSONAL

Por la información que usted declare, No le será negada la afiliación, Ni la cobertura.
Estos datos nos ayudarán a brindarle nuestros servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Nombres / Apellido Titular	No. Poliza
Fecha de Nacimiento	
Dirección	
<i>Señale con una (X) si padece o ha padecido de:</i>	

Detalle	SI	NO	Detalle	SI	NO
Accidentes o traumatismos con secuelas			Accidentes Cerebro-Vasculares (derrames)		
Alergias (especifique en caso afirmativo)			Asma		
Anemias (Falciforme)			Cáncer o tumores malignos		
Asma Bronquial			Tuberculosis		
Cirrosis Hepática, Hepatopatía Crónica			Cáncer de mamas		
Diabetes Mellitus			Varicela, Sarampión, Paperas, Rubéola		
Enfermedades Cardiovasculares adquiridas			Enfermedades Infectocontagiosas (Tuberculosis, VIH y Hepatitis B y C)		
Enfermedades Cardiovasculares congénitas			Le han realizado algún Trasplante Renal?		
Enfermedades congénitas			Le han realizado algún trasplante de Cornea?		
Enfermedades de transmisión sexual			Operaciones practicadas cuál o cuales y cuando		
Enfermedades Tiroideas (Hipotiroidismo, Bocio)			Padece usted de escoliosis?		
Hepatitis (especifique el tipo si es positivo: A,B,C)			Padece usted de Insuficiencia Renal Crónica?		
Hipertensión Arterial (presión alta)			Problemas mentales, Psicológicos, Psiquiátricos		
Le han realizado algún Trasplante de Cadera, Rodilla, Hombro?					

<i>Señale los Antecedentes Familiares y el Parentesco (padre, madre, tío, abuelo)</i>			
Detalle	SI	NO	PARENTESCO
Tuberculosis			
Diabetes Mellitus			
Hipertensión			
Carcinomas			
Asma			
Cardiopatías			
Enfermedades Hematológicas			
Enfermedades Mentales			

PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es SI, favor especifique:

COMENTARIOS ADICIONALES:

Por medio del presente cuestionario certifico que los datos proporcionados son veraces y que no estoy ocultando datos adicionales o no enumerados, sobre mis condiciones de salud física y mental.

_____ FIRMA

_____ CEDULA

_____ FECHA