



SOLICITUD DE:

INSCRIPCIÓN ☐

RE- INSCRIPCIÓN ☐

FECHA DE SOLICITUD			LUGAR DE LA SOLICITUD
DIA	MES	AÑO	

1.-IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS	NOMBRES	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO											
			DIA	MES	AÑO									
CÉDULA DE IDENTIDAD N°	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL												
PROFESIÓN	FECHA DE GRADO		UNIVERSIDAD											
COMPLEXIÓN	ESTATURA		PESO ACTUAL	IMC										
SOLICITA SU INSCRIPCIÓN POR SER: (Marque con una "x")														
a) PROFESIONAL UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/> b) FAMILIAR DE ALGÚN MIEMBRO <input type="checkbox"/> c) ESTUDIANTE UNIVERSITARIO <input type="checkbox"/>														
d) EMPLEADO DE INPREFAR <input type="checkbox"/> e) DE LA FEDERACIÓN FARMACÉUTICA <input type="checkbox"/> f) DE ALGÚN COLEGIO FARMACÉUTICO <input type="checkbox"/>														
g) OTRO <input type="checkbox"/> Especifique –solo opción g- _____														
SI MARCÓ LA LETRA (a), COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:														
NOMBRE DEL RESPECTIVO COLEGIO PROFESIONAL		NÚMERO DE INSCRIPCIÓN EN EL COLEGIO		EN CASO DE SER FARMACÉUTICO, INDIQUE EL N° DE MATRÍCULA EN EL MPPS:										
IMPORTANTE: SI ES FARMACÉUTICO, DEBE ANEXAR CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN DEL COLEGIO RESPECTIVO (A1), DE LO CONTRARIO, CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN SU RESPECTIVO INSTITUTO DE PREVISIÓN, SI ÉSTE EXISTE (A2)														
SI MARCÓ LA LETRA (b), COMPLETE LOS DATOS DEL FAMILIAR QUE ES MIEMBRO DE INPREFAR:														
APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO:												
SI MARCÓ LA LETRA (c), COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:														
CARRERA QUE CURSA:	AÑO O SEMESTRE	FACULTAD	UNIVERSIDAD											
IMPORTANTE: DEBE ANEXAR CONSTANCIA DE ESTUDIOS DEBIDAMENTE FIRMADA POR LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE (A3)														
SI MARCÓ LA LETRA (d) Ó LA LETRA (g), COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:														
NOMBRE DEL INSTITUTO, FARMACIA, COLEGIO O EMPRESA DONDE ESTÁ EMPLEADO:			CARGO:											
ANTIGÜEDAD:		SUELDO MENSUAL:												
IMPORTANTE: DEBE ANEXAR CONSTANCIA DE TRABAJO DEBIDAMENTE FIRMADA POR LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE (A4)														
CUALQUIER SOLICITANTE MAYOR A TREINTA Y NUEVE (39) AÑOS Y SEIS (6) MESES, TANTO SI ES HOMBRE, COMO SI ES MUJER, DEBERÁ ANEXAR OBLIGATORIAMENTE UN EXÁMEN CARDIOVASCULAR, ACOMPAÑADO DEL RESPECTIVO INFORME MÉDICO (A5)														
ADICIONALMENTE, LAS DAMAS DEBERÁN CONSIGNAR UNA CITOLOGÍA E INFORME (A6)														

2.-CONDICIONES DE SALUD Y OTROS DATOS

Marque con una "x", si ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades:

1)

DEL SISTEMA RESPIRATORIO:

ASMA ☐ INFARTO PULMONAL ☐ TUBERCULOSIS ☐ OTROS ☐

2)

OTORRINOLARINGOLOGÍA:

OÍDOS ☐ NARIZ ☐ AFECCIONES NASALES ☐ GARGANTA ☐ OTROS ☐

3)

CARDIOVASCULARES:

INFARTOS ☐ ANGINA DE PECHO ☐ TENSIÓN ARTERIAL ANORMAL ☐ ANEURISMAS ☐ OTRAS ☐

4)

GASTROENTEROLOGICAS:

ESTÓMAGO ☐ ULCERA GÁSTRICA ☐ INTESTINOS ☐ HIGADO ☐ VESÍCULA ☐
PANCREAS ☐ BAZO ☐ OTROS ☐

5)

RENALES:

☐

6)

DEL SISTEMA NERVIOSO:

EPILEPSIA ☐ TRANSTORNOS MENTALES ☐ OTRAS ☐

7)

DEL SISTEMA ÓSEO:

ARTRITIS ☐ REUMATISMO ☐ ANORMALIDAD, DEFORMIDAD O ENFERMEDAD DE TIPO CONGÉNITO ☐
OTRAS ☐

8)

ONCOLÓGICAS:

CANCER ☐ TUMORES MALIGNOS ☐ OTRAS ☐

9)

PROPIAS DE LA MUJER:

SENOS ☐ TROMPAS ☐ UTERO ☐ OVARIOS ☐ OTRAS ☐

10)

VISTA:

MIOPÍA ☐ ASTIGMATISMO ☐ CATARATAS ☐ OTRAS ☐

11)

SISTEMA ENDOCRINO:

DIÁBETES ☐ HIPERTIROIDISMO ☐ HIPOTIROIDISMO ☐ OTROS TRANSTORNOS HORMONALES ☐ OTRAS ☐

12)

ENFERMEDADES DE LA SANGRE:

☐

En caso de haber sufrido alguna de las enfermedades señaladas, es indispensable que especifique el año, la duración y las condiciones actuales:

En caso de haber sido sometido a alguna intervención quirúrgica, indicar el tipo de procedimiento y el año en que fue sometido a cirugía:



PREGUNTAS SOLO PARA EL SEXO FEMENINO:

¿Se encuentra embarazada actualmente? SI ☐ NO ☐ De ser positiva su respuesta, indique cuántos meses tiene de embarazo _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____ Fecha del último parto _____ ¿Ha tenido abortos? SI ☐ NO ☐ Cantidad de abortos _____ ¿Ha tenido partos por cesárea? SI ☐ NO ☐ ¿Cuántas cesáreas? _____ ¿Sufre o ha sufrido alguna afección ginecológica ó ha sido sometida a alguna intervención quirúrgica de tipo ginecológico? Especifique: _____

3. BENEFICIARIOS:

Una vez admitido como miembro de INPREFAR, en caso de mi muerte, serán beneficiarios de las prestaciones que me puedan corresponder, las siguientes personas:

Nombre y Apellido	Parentesco	Cedula de Identidad	Fecha de Nacimiento

4. RECAUDOS ANEXOS:

(A1)_____ (A2)_____ (A3)_____ (A4)_____ (A5)_____ (A6)_____

5. DIRECCIONES:

HABITACION					
UBICACIÓN GEOGRAFICA					
1. ESTADO		2. MUNICIPIO		3. CIUDAD	
DIRECCIÓN					
4. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA		5. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA		6. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
7. PISO	8. CÓDIGO POSTAL	9. PUNTO DE REFERENCIA			
10. N° DE TELÉFONO	11. N° DE CELULAR	12. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

TRABAJO					
NOMBRE DE LA EMPRESA:					
UBICACIÓN GEOGRAFICA					
13. ESTADO		14. MUNICIPIO		15. CIUDAD	
DIRECCION					
16. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		17. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA		18. EDIFICIO/QUINTA/CASA/GALPÓN	
19. PISO/PLANTA/LOCAL	20. CÓDIGO POSTAL	21. PUNTO DE REFERENCIA			
22. N° DE TELÉFONO	23. N° DE CELULAR	24. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

Yo, _____, portador(a) de la Cédula de identidad N° _____, declaro bajo juramento que los datos suministrados son exactos y que nada he omitido, ocultado o disimulado y que tiene pleno conocimiento del Ordenamiento Jurídico de INPREFAR, al cual se somete.

Lugar y fecha: _____ **FIRMA DEL SOLICITANTE**

SOLO PARA USO DE INPREFAR <i>No escriba aquí</i>		
Aprobada previa cancelación de la(s) cuota(s) correspondiente(s)		
Clasificación del Miembro:		Grupo:
Limitación(es):		
Cuota mensual de sostenimiento:		Código N°:
Esta Inscripción tiene vigencia a partir del día	del mes de	del año

Secretario

Tesorero