

INSTITUTO DE PREVISIÓN FARMACÉUTICA (IN PRE FAR)



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
CÉDULA DE IDENTIDAD N°	NACIONALIDAD	ESTADO CIVIL	
PROFESIÓN	FECHA DE GRADO	UNIVERSIDAD	
COMPLEXIÓN	ESTATURA	PESO ACTUAL	IMC

No escriba aquí

SOLICITA SU INSCRIPCIÓN POR SER: (Marque con una "x")

- a) PROFESIONAL UNIVERSITARIO b) FAMILIAR DE ALGÚN MIEMBRO c) ESTUDIANTE UNIVERSITARIO
d) EMPLEADO DE INPREFAR e) DE LA FEDERACIÓN FARMACÉUTICA f) DE ALGÚN COLEGIO FARMACÉUTICO
g) OTRO 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 GASTRICA 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:** CÁNCER 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:

REFAR
¿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			
UBICACION GEOGRAFICA			
1. ESTADO	2. MUNICIPIO	3. CIUDAD	
DIRECCION			
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:

UBICACION GEOGRAFICA		
13. ESTADO	14. MUNICIPIO	15. CIUDAD
DIRECCION		
16. URBANIZACIÓN/SECTOR/ZONA INDUSTRIAL		17. AVENIDA/CARRERA/CALLE/ESQUINA
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 Nº:	
Esta Inscripción tiene vigencia a partir del día	del mes de	del año

Secretario

Tesorero