

ANEXO DECLARACIÓN DE SALUD Cuestionario Complementario para el FCS

RUT Titular

Folio DS

CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO

Para cada pregunta por favor responda SI /NO

¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Declaración de Salud está embarazada actualmente?

¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Declaración de Salud ha presentado irregularidades en la frecuencia o cantidad de la menstruación en los últimos 3 meses?

¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Declaración de Salud ha tenido un parto prematuro?

¿Cuál fue la causa?

¿Usted o alguno de los beneficiarios identificados en la Declaración de Salud consume bebidas alcohólicas o algún tipo de droga?

¿Con qué frecuencia?

Usted o alguno de los beneficiarios identificados en la Declaración de Salud ha sufrido tendinitis, hombro doloroso, cervicalgia (dolores de cuello)

¿Usted o alguno de los beneficiarios ha presentado enfermedades respiratorias a repetición?

¿Usted o alguno de los beneficiarios toma medicamentos en forma permanente?

Indique cuales

Declaro que he respondido en forma exacta y veraz cada una de las preguntas que constan en este documento.

Fecha

Firma Interesado

EVALUACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONTRALORÍA MÉDICA - RESTRICCIONES DE COBERTURA

La Contraloría Médica ha considerado las siguientes restricciones de cobertura para el FCS:

Nombre Beneficiario	Enfermedad o patología declarada afecta a restricción	CIE	Exclusión

Fecha

Firma Médico Contralor