

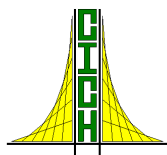
Colegio de Ingenieros Civiles de Honduras

Solicitud de incorporación al FAM

La información proporcionada en este formulario es confidencial para uso del Consejo de Administración del FAM.
Toda pregunta deberá ser contestada sin usar rallas ni comillas y escriba de puño y letra del colegiado:

1. Nombre del colegiado: _____ CICH: _____
2. Dirección: _____
_____ Teléfono _____ Móvil _____
3. Estado civil: Soltero _____ Casado _____ Otros _____
4. Para contar con un historial médico de su persona conteste SI o NO con su puño y letra a cada una de las enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación:

Enfermedades	Si	No	Fecha	Nombre del Médico tratante
Trastorno de las vías digestivas				
Trastorno de la sangre				
Venas varicosas				
Enfermedades cardiacas				
Desmayos o mareos				
Alta o baja presión				
Convulsiones				
Trastornos nerviosos				
Tuberculosis				
Asma o bronquitis				
Dolores de cabeza (severos)				
Artritis o reumatismo				
Trastornos urinarios				
Enfermedades venéreas				
Trastorno en los riñones				
Lesiones de la cabeza o espina dorsal				
Diabetes				
Cáncer, tumor o quiste				
Hernia				
Trastorno glandular				
Defecto, amputación o menoscabo físico				
Enf o defecto de vista, oído, nariz o garganta				
Trastorno de la vesícula biliar				
Albumina o azúcar en la orina				
Prostatitis				



Colegio de Ingenieros Civiles de Honduras

Fecha	Dolencia/tratamiento	Duración	Nombre Médico	Hospital o centro Médico

Documentos requeridos:

1. Constancia de examen físico extendido por el médico que indique el Consejo de Administración FAM.
2. Examen de orina, sangre, hematológico, VDRL, VIH.
3. Si tiene más de 31 años, además se requiere de: radiología de tórax, electrocardiograma y glicemia.

En caso de ser aceptada la solicitud, que es la única base para una expedición de seguro a mi favor, dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y que si se comprobare que laguna de las respuestas no están ajustadas a la realidad, el Consejo de Administración FAM se eximirá de toda obligación de indemnizar.

Firma del colegiado

A SER LLENADO POR LA ADMINSTRACIÓN DEL CICH

Documentación presentada

Nombre del colegiado	Edad	Constancia examen médico	Examen orina y sangre	Radiografía	Electrocardiograma	Certificación partida de nacimiento

Firma del encargado gestión FAM

Aprobado en sesión No. _____ del _____

Firma Consejo de Administración del FAM

Colonia Florencia Norte, 3era. entrada
No. 3802, Apartado Postal No. 794
Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.
PBX: 232-6820, 239-9311, Fax 232-1263

Col. El Pedregal, Ave. José Antonio Peraza,
frente entrada Emergencia del Hospital Mario
Catarino Rivas, San Pedro Sula, Honduras,
Tels: 566-0202, 566-0588, Fax: 566-0500

www.cichorg.org
e-mail : juntadirectiva@cichorg.org