



Medisanitas

Ciudad y fecha:

Señores

COLSANITAS S.A.- MEDISANITAS S.A.

Ciudad

Asunto: Trámite Solicitud No. _____

Apreciados señores:

De manera atenta solicito tramitar mi afiliación al servicio de COLSANITAS____
MEDISANITAS____ PLAN ODONTOLÓGICO____ PLAN MÉDICO
DOMICILIARIO____ mediante la solicitud en asunto.

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono Fijo: _____

Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Para tal efecto, suministro mis datos y los de mi grupo familiar, así:

(Tenga en cuenta diligenciar los siguientes datos en el mismo orden en el que diligenciará el cuestionario de salud)

No DE USUARIO	NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	EPS ACTUAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Conozco y autorizo cambio de tarifa a 1º de enero de cada año.

Cordial saludo,

Firma del titular

Anexo: Fotocopia documentos de identidad

Adjunto: Cuestionario médico (No aplica para Plan Médico Domiciliario Plus y Colsanitas Dental)

Autorización de tratamiento de datos personales

Teniendo en cuenta lo establecido en la normatividad de protección de datos vigente, autorizo de manera expresa y voluntaria a Colsanitas S.A ó Medisanitas S.A. para para tratar mi información personal y la de los beneficiarios afiliados en mi contrato (según lo establecido en los artículos 7 y 20 del Decreto 1377 de 2013 en lo relacionado con la estipulación a favor de otro o para otro) de acuerdo con la política de tratamiento de datos personales y aviso de privacidad disponible en: www.colsanitas.com., con los siguientes fines:

(i) Afiliación, evaluación de mi estado de salud previa y posterior, en las etapas pre contractual, contractual y post contractual con Colsanitas S.A. o Medisanitas S.A.; **(ii)** Realizar el tratamiento de mis datos personales incluyendo datos sensibles, relacionados con mi estado de salud y biométricos, para las actividades propias del Sistema de Seguridad Social en Salud, del cumplimiento de las normas que lo regulan, así como para realizar actividades administrativas, verificación de identidad, autenticación de información, comercialización, petición, recaudo, cobranza entre otros; **(iii)** Gestionar trámites, realizar análisis de riesgo, efectuar encuestas de satisfacción respecto de los bienes y servicios de Colsanitas S.A. ó Medisanitas S.A.; **(iv)** Dar a conocer, mis datos personales dentro y fuera del país, a cualquier empresa o miembro de la Organización Sanitas, grupo del cual forma parte Colsanitas S.A. ó Medisanitas S.A., así como a terceros a consecuencia de un contrato, ley o vínculo lícito que así lo requiera para actividades propias de la prestación del servicio de salud, o para implementar servicios de computación en la nube; **(v)** Solicitar a cualquier médico o persona jurídica para que en el momento en que Colsanitas S.A. ó Medisanitas S.A. lo requiera, pueda acceder a la información sobre mi estado de salud u otros datos personales; **(vi)** Contactar y enviar información sobre la prestación del servicio y mi estado de salud, así como cambios o mejoras en el esquema de prestación de los servicios, fidelización o publicidad sobre sus productos o servicios de acuerdo con la legislación aplicable, a través de medios telefónicos, electrónicos, (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos), físicos y/o personales. **(vii)** Suministrar información de contacto y documentos pertinentes a la fuerza comercial y/o red de distribución, telemarketing, y cualquier tercero con el cual Colsanitas ó Medisanitas posea un vínculo contractual propio de su objeto social.

Mis derechos como titular del dato son los previstos en la Constitución y la ley, por lo tanto mis datos serán tratados por Colsanitas S.A ó Medisanitas S.A actuando como el Responsable del Tratamiento de mis datos personales, únicamente para las finalidades señaladas, durante el periodo que subsista la relación con Colsanitas S.A. ó Medisanitas S.A. y dos años más, a menos que exista algún deber legal o contractual de permanecer en la base de datos por un periodo adicional y ha puesto a mi disposición la línea de atención en Bogotá en el número de teléfono 4871920 o fuera de Bogotá, D.C. en el 018000979020, Defensoría del Usuario, para cualquier requerimiento relacionado con este tema.

Firma _____

Nombre _____

Identificación _____

Fecha _____

Este cuestionario forma parte de la "Afiliación al Servicio de Medicina Prepagada" No _____

CUESTIONARIO DE SALUD

Por favor conteste las siguientes preguntas para el Titular usuario y cada uno de los solicitantes, tenga en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la "Solicitud de Contratación al Servicio de Medicina Prepagada" indicado arriba. Registre S: Si es afirmativa, N: Si es negativa, o el número correspondiente cuando se indique.

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		
1. ESTADO DE SALUD GENERAL						OBSERVACIONES	ESTADO DE SALUD GENERAL						OBSERVACIONES
1. Peso (kg) *Entre 1 y 300							2.51 Infarto Cardíaco						
2. Estatura (cm) *Entre 50 y 250							2.52 Epilepsia (convulsiones)						
1.3 ¿Presenta alguna discapacidad física o enfermedad mental o psiquiátrica? Si la respuesta es afirmativa aclarar que tipo de discapacidad o enfermedad							2.53 Cirrosis hepática						
1.4 ¿Ha requerido hospitalización o atención de urgencias en los últimos tres (3) meses?. Aclarar por qué diagnóstico.							2.54 Hepatitis crónica						
1.5 ¿Fuma más de cinco (5) cigarrillos al día?							2.55 Hernia inguinal (aclarar lateralidad)						
1.6 ¿Consume o ha consumido en forma repetida estupefacientes?							2.56 Hernia Epigástrica						
2. ANTECEDENTES PERSONALES						OBSERVACIONES	3. ANTECEDENTES FAMILIARES						OBSERVACIONES
2.1 Catarata (aclarar lateralidad) N							2.57 Hernia umbilical						
2.2 Pterigio (aclarar lateralidad)							2.58 Hernia Discal. Aclarar cual (Cervical, dorsal, lumbar)						
2.3 Queratocono (aclarar lateralidad)							2.59 Hipertensión arterial (tensión alta)						
2.4 Glaucoma (aclarar lateralidad)							2.60 Insuficiencia Renal Crónica						
2.5 Desprendimiento de retina (aclarar lateralidad)							2.61 Cálculos urinarios						
2.6 Desviación tabique nasal							2.62 Reflujo vesicoureteral						
2.7 Pólipos nasales							2.63 Varicocele (aclarar lateralidad)						
2.8 Sinusitis crónica							2.64 Hiperplasia de próstata						
2.9 Rinitis Alérgica							2.65 Hipertrofia de próstata						
2.10 Migraña							2.66 Lupus u otras enfermedades del colágeno. (espondilitis anquilosante, Síndrome de Sjorgren) Aclarar cuál						
2.11 Disminución agudeza auditiva (aclarar lateralidad)							2.67 Artritis						
2.12 Otitis crónica							2.68 Enfermedad de transmisión sexual, cual? (Si lo desea, no responda esta pregunta)						
2.13 Juanetes pie (aclarar lateralidad)							2.69 VIH / SIDA (Si lo desea, no responda esta pregunta)						
2.14 Artrosis cadera (aclarar lateralidad)							4. ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS						OBSERVACIONES
2.15 Artrosis rodilla (aclarar lateralidad)							4.1. ¿Se ha practicado en los último 2 años una mamografía?						
2.16 Artrosis hombro (aclarar lateralidad)							4.2 ¿Se ha practicado en el último año una citología cervico vaginal?						
2.17 Incontinencia urinaria							4.3. Si se encuentra en edad fértil, planifica?						
2.18 Obesidad							4.4. ¿Esta actualmente embarazada? Si la respuesta es afirmativa favor indicar, en número, cuántas semanas tiene de embarazo *1 y 40						
2.19 Diabetes (Azúcar en la sangre)							4.5 Endometriosis						
2.20 Aneurisma cerebral							4.6. Descenso del recto (rectocele)						
2.21 Transtornos de la coagulación (síndrome antifosfolípido, hemofilia, von willebrand) Aclarar cual.							4.7 Descenso del útero o matriz (histerocele)						
2.22 Esclerosis múltiple							4.8 Descenso de la vejiga (cistocele)						
2.23 Accidentes cerebro vasculares (hemorragia, trombosis). Aclarar cual							4.9 Miomas o Fibromas del útero (matriz)						
2.24 Aneurisma de torax							4.10. Ovario poliquístico						
2.25 Aneurisma de abdomen							4.11. Quiste de seno (aclarar lateralidad)						
2.26 Aneurisma de miembros inferiores (aclarar lateralidad)							5. ENFERMEDADES CONGÉNITAS						OBSERVACIONES
2.27 Fiebre reumática							5.1 Malformaciones del corazón (Comunicación interventricular e interauricular, coartación aórtica u otros).						
2.28 Varices pierna (aclarar lateralidad)							5.2 Malformaciones renales (agenesia renal, riñón en herradura u otros).						
2.29 Asma							5.3 Displasia de cadera (Aclarar lateralidad y tratamiento recibido)						
2.30 Enfermedad pulmonar crónica (Enfisema pulmonar, Bronquitis crónica). Aclarar cual							5.4 Malformación del sistema nervioso central (espina bífida, arnold chiari u otros).						
2.31 Embolia Pulmonar							6. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Requiere o ha requerido algunos de estos tratamientos:						OBSERVACIONES
2.32 Tuberculosis							6.1 Diálisis						
2.33 Psoriasis							6.2 Oxígeno. Informar por qué diagnóstico es o fue ordenado						
2.34 Vitiligo							7. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Lo han intervenido quirúrgicamente de:						OBSERVACIONES
2.35 Cálculos vesícula							7.1 Cadera (aclarar lateralidad y diagnóstico)						
2.36 Úlcera gástrica							7.2 Columna (aclarar nivel y diagnóstico)						
2.37 Úlcera duodenal							7.3 Corazón (informar que cirugía y por qué diagnóstico)						
2.38 Reflujo gastroesofágico							7.4 Rodilla (aclarar lateralidad y diagnóstico)						
2.39 Pancreatitis crónica							7.5 Sistema nervioso central (aclarar por qué diagnóstico)						
2.40 Hemorroides							7.6 Otra (aclarar tipo de cirugía, diagnóstico y lateralidad si aplica)						
2.41 Divertículo de colon							8. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Requiere o ha sido trasplantado de						OBSERVACIONES
2.42 Cáncer (tumores), aclarar qué tipo							8.1 Requiere o ha sido trasplantado de córnea (informar diagnóstico y lateralidad)						
2.43 DIABETES (AZÚCAR EN LA SANGRE)							8.2 Requiere o ha sido trasplantado de riñón (informar diagnóstico y lateralidad)						
2.44 Hipotiroidismo							8.3 Requiere o ha sido trasplantado de hígado						
2.45 Hipertiroidismo							8.4 Requiere o ha sido trasplantado corazón						
2.46 Enfermedades de las válvulas cardíacas. Aclarar cual (Aórtica, Pulmonar, Mitral, Tricúspide)							8.5 Requiere o ha sido trasplantado médula ósea (informar por qué diagnóstico)						
2.47 Enfermedad coronaria							8.6 Le han diagnosticado alguna enfermedad no relacionada en el cuestionario anterior?, especifique cual y tiempo de evolución						
2.48 Aneurismas de las arterias del corazón y/o grandes vasos													
2.49 Arritmias cardíacas													
2.50 Insuficiencia cardíaca													

Observaciones Cuestionario de Salud: Si lo requiere, registre sus observaciones con el número de la pregunta, seguido del solicitante correspondiente.

Declaro que la información suministrada y las respuestas al cuestionario son ciertas y que no se ha omitido nada sobre el estado de salud de los solicitantes. Autorizo expresamente a Colsanitas o Medisanitas según corresponda, para que a través de sus médicos adscritos o de los representantes que ésta delegue, conozcan y soliciten información sobre la salud o las historias clínicas de los solicitantes en cualquier momento, de parte de cualquier médico o institución. Igualmente autorizo a los médicos o instituciones que poseen historias clínicas o datos sobre la salud de los solicitantes, para que suministren a Colsanitas o Medisanitas la información requerida por sus representantes y/o sus médicos adscritos.

Todo lo anterior conforme a lo previsto en la ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380 de 1981.

FIRMA DE TITULAR _____

DECLARACION DE AFILIACION A UNA EPS

CIUDAD Y FECHA

Señores
COLSANITAS S.A. ó MEDISANITAS S.A.
Ciudad.

REF: REQUERIMIENTO DEL DECRETO 806 DE 1998

_____ identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que las personas relacionadas en la Solicitud de Contratación o Contrato de Medicina Prepagada No _____, nos encontramos afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de una E.P.S., o nos encontramos afiliados a una entidad que pertenece al Régimen de Excepción al SGSSS, así:

Nombres Apellidos	Documento identidad		EPS actual		
	Tipo	Número	Nombre	Fecha Afiliación	
				Mes	Año

Así mismo, declaro que conozco la obligación legal de permanecer afiliados a una E.P.S. para efectos de la renovación del contrato de Medicina Prepagada y me comprometo a ello.

Firma del Titular

C.C. No

Sr. Usuario

Si tu edad es igual o superior a 64 años, te recordamos que **es indispensable realizarte los siguientes exámenes médicos** de ingreso: laboratorio clínico de glicemia, antígeno prostático (PSA), ecografía abdominal total, prueba de esfuerzo y entrevista médica.

Ten en cuenta que es primordial hacerte estos exámenes, de lo contrario **tu vinculación será cancelada pasados 60 días**.

Nombre y apellidos:

Número de documento:

Ciudad de residencia:

Dirección:

Teléfono:

Celular:

Email:

Firma del usuario: _____

**ANEXO AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA
PLAN INTEGRAL N° _____**

Mediante el presente anexo, se modifica el numeral noveno (9) de la cláusula segunda del contrato, con el siguiente texto:

“CLAUSULA SEGUNDA.- DISPOSICIONES COMUNES (...)

9. Clasificación de Usuarios: *Para efectos de determinar el valor de la cuota de afiliación por cada usuario, se establece la siguiente clasificación:*

9.1. *Usuarios del grupo básico familiar:*

9.1.1 *Titular menor de sesenta y cuatro (64) años*

9.1.2 *Cónyuge o compañera (o) permanente del titular, menor de sesenta y cuatro (64) años.*

9.1.3 *Hijos solteros del titular y/o de su cónyuge o compañero (a) permanente, menores de veinticinco (25) años en la fecha de afiliación.*

9.1.4 *Padres del Titular, menores de sesenta y cuatro (64) años, siempre y cuando en el respectivo grupo familiar no estén inscritos en calidad de usuarios del grupo básico familiar cualesquiera de las personas descritas en los numerales 9.1.2 y 9.1.3 anteriores; porque estando así inscritas tales personas, los padres del titular se clasificarán en el grupo “Otros Usuarios”.*

Si el presente contrato se celebra sustituyendo a un contrato anterior, en el cual la composición del Grupo Básico Familiar fuere diferente, COLSANITAS S.A. mantendrá las condiciones de conformación del Grupo Básico familiar anterior.

9.2 *Otros usuarios:*

Personas no comprendidas en el grupo anterior, menores de sesenta y cuatro (64) años, que tengan con el Titular algún parentesco por consanguinidad o por afinidad, o sean dependientes económicos de él.

9.3 *Personas mayores de sesenta y cuatro (64) años en la fecha de afiliación a COLSANITAS S.A. o personas que cumplan sesenta y cuatro (64) años durante la ejecución del contrato:*

“Estos usuarios continuaran con las mismas condiciones del presente contrato, pero con una tarifa superior”.

Se deja expresa constancia que la modificación contenida en el presente anexo aplicará únicamente para usuarios que se vinculen con posterioridad al treinta y uno (31) de diciembre de 2002.

Para constancia se firma en dos ejemplares, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

EL CONTRATANTE / TITULAR

COLSANITAS S.A.

CC N°