



N.I.F.	Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Fecha Nacimiento	Sexo H/M	Profesión habitual actual	

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), PREVISIÓN MUTUA DE APAREJADORES Y ARQUITECTOS TÉCNICOS, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA (en adelante, PREMAAT) le informa que los detalles de la información suministrada en la presente declaración no serán objeto de tratamiento automatizado, y sólo serán incorporados en los ficheros de la Mutualidad y tratados automatizadamente aquellos datos de salud estrictamente necesarios para la gestión interna y abono de las prestaciones concertadas dependientes del estado de salud del titular.

El mutualista, tal y como establece el artículo 7 LOPD, manifiesta de forma libre, precisa, inequívoca, específica e informada que presta su consentimiento para el tratamiento de los datos especificados con la finalidad mencionada, y en definitiva, para la gestión global de la relación suscrita.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 Vd. tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, oponerse o cancelar los datos referentes a su persona incluidos en las bases de datos de PREMAAT, dirigiendo su solicitud directamente a la siguiente dirección: C/ Juan Ramón Jiménez, 15 - 28036 Madrid.

CUESTIONARIO DE SALUD

Talla _____ m. Peso _____ kg.

¿Se considera usted en buen estado de salud y en plena capacidad de trabajo? _____

¿Cuándo y por qué enfermedad ha interrumpido su trabajo de forma prolongada? _____

¿Está recibiendo o ha recibido en los últimos años tratamiento médico con quimioterapia, radioterapia, transfusiones sanguíneas, diálisis peritoneal o hemodiálisis? _____

En caso afirmativo amplie información _____

¿Se encuentra en la actualidad dado de baja? _____ ¿Por qué motivo? _____ ¿Desde qué fecha? _____

¿Está en trámite de solicitar algún tipo de incapacidad permanente? _____

¿Va a someterse próximamente a algún tipo de intervención quirúrgica? _____ ¿Por qué motivo? _____

¿Es usted portador de algún tipo de prótesis, órtesis o férula mecánica y/o eléctrica? _____

¿Ha sido reconocido o tratado por algún médico en los últimos años? _____ ¿Por qué motivo? _____

¿Ha sido reconocido como minusválido por algún organismo oficial? En caso afirmativo indique el grado de minusvalía, organismo que lo concedió y dictamen médico facultativo

Si se trata de una mujer

¿Cuántos hijos ha tenido? _____ ¿Abortos? _____

¿Fueron normales los partos y puerperios? _____ ¿Está embarazada? _____

Indíquenos si ha sufrido o ha tenido las siguientes enfermedades o síntomas (conteste SI o NO)

- a) Pleuresía, pulmonía, bronquitis, asma, tuberculosis u otras enfermedades del aparato respiratorio
- b) Afecciones cardiacas, extrasístoles, palpitaciones, ahogos o disnea
- c) Tensión arterial elevada
- d) Insomnio, vértigos, pérdida brusca del conocimiento, enfermedades mentales o del sistema nervioso
- e) Dolores o molestias de estómago, hígado, vesícula o intestino, úlcera, apendicitis, hernias
- f) Afecciones del riñón, vejiga, órganos genitales o próstata
- g) Afecciones de vista, oído o garganta
- h) Reumatismo, flebitis, albúmina, varices u otros trastornos del aparato circulatorio o de las articulaciones
- i) Diabetes, bocio u otros trastornos de las glándulas endocrinas
- j) Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio
- k) Ha sido intervenido quirúrgicamente
- l) Padece alguna lesión o secuela como consecuencia de un accidente
- m) Padece alguna afección no mencionada anteriormente

Amplíenos información acerca de las respuestas contestadas afirmativamente, detallando la dolencia de que se trate, la fecha en que comenzaron los trastornos y su evolución

¿Está sometido en la actualidad a algún tratamiento médico? _____

¿Por qué motivo? _____

Antecedentes familiares

	Vivos	Fallecidos	
	Edad	Edad	Causas
Padre			
Madre			
Hermanos			

	Hipertensión	Accidente Cardiovascular	Accidente Cerebrovascular	Nefropatías	Diabetes	Obesidad	Cáncer
Padre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Madre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Algún hermano	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Algún hijo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

(marque con una x lo que proceda)

El solicitante reconoce como suyas las anteriores declaraciones y sabe que las ocultaciones e inexactitudes en las respuestas pueden ser causa de denegación o anulación de la solicitud de aceptación y, en su caso, de las prestaciones que pudiera causar.

En _____ a _____ de _____ de 20 ____

EL SOLICITANTE

(Fecha y sello del Colegio o Delegación, si procede)