



N°: \_\_\_\_\_

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE TECNOLOGÍA DE  
ADMINISTRACIÓN INDUSTRIAL  
SEDE ANACO ESTADO ANZOATEGUI

## PROGRAMA AFILIACIÓN MEDICA

Para Estudiante ; Trabajadores y Grupo Familiar

FECHA: / / 2015

ESTUDIANTE  TRABAJADOR (A) *Planilla De Afiliación Medica*

Apellidos y Nombres del Titular Afiliado (a):		Cedula:	Ocupación:	
Fecha de Nacimiento:	Estatura (mts):	Peso (kg)	Sexo	Estado Civil.
Dirección de Habitación:			e-mail:	
Urbanización:		Municipio:	Teléfono:	
Ciudad:		Estado:	Celular:	

SOLO PARA SER LLENADO EN CASO DE SER TRABAJADOR

*Afiliación de Familiares*

N	Apellidos y Nombres	Cedula	Fecha de Nacimiento	Sexo	Peso (kg)	Parentesc
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

*Enfermedades Pre Existente y/o Congénita*

N	Apellidos y Nombres	Tipo de Padecimiento	Tratamiento	Fecha
01				
02				
03				
04				
05				

FIRMA DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

