

Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados
FORMULA DE INGRESO PARA NUEVOS (AS) ASOCIADOS(A
PENSIONADOS(AS DE INVALIDEZ VEJEZ Y MUERTE (CCSS)



Fecha:

Yo, Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Cédula Fecha de Nacimiento MES DIA AÑO

Núm. Teléfono fijo Núm. Teléfono Móvil

Fax Apdo. Postal E-mail

Seleccione con X si desea estar comunicado por: Whatsapp Facebook (ambos oficiales de AFUP)

Dirección Provincia: Cantón: Distrito:

Otras señas:

Estado Civil Nombre Cónyuge (si lo tiene)

Grado Académico Tipo Pensión Ley Pensión

Tipo de Régimen **I.V.M - CCSS** Fecha de jubilación o pensión

Laboró en: UCR UNA ITCR UNED UTN

Unidad académica y puesto antes de pensionarse

Filial de AFUP a la que pertenecerá: Cartago Guanacaste Heredia San Carlos
San José Occidente Turrialba

Alguna área en que podría o le gustaría colaborar con AFUP:

Al completar la información anterior, estoy aceptando mi ingreso como miembro activo de esta Asociación y me comprometo a cancelar mensualmente mi cuota de afiliación equivalente al 5% de mi pensión bruta, mediante: pago que realizaré a través Simpe Móvil 8703-44 Depósito en la cuenta corriente IBAN CR62 0151 0001 0011 4876 71.

Igualmente autorizo a la AFUP para que tramite ante la Caja Costarricense del Seguro Social, la deducción del 0.5% de mi pensión una vez se establezca el convenio respectivo AFUP- CCSS".

Firma:

Para uso de la Asociación:

Aprobado en Sesión No. Artículo: Fecha:

Yo cédula de identidad número

En mi condición de Asociado (a) de la Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados AFUP, a continuación hago designación expresa de los beneficiarios para que retiren el monto correspondiente al Subsidio del Fondo de Socorro por fallecimiento. Revoco de pleno cualquier designación de beneficiarios que hubiese suscrito anteriormente.

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha:

Firma del Asociado:
(igual a la cédula)

Asociación de Funcionarios Universitarios Pensionados

Ficha Médica General

Esta ficha es confidencial y de uso exclusivo para AFUP, tiene como objetivo recabar información básica médica de cada persona que participa en actividades deportivas, culturales y recreativas patrocinadas por AFUP, con el fin de conocer su estado de salud general y contar con información de primera fuente en caso de una emergencia.

Apellido 1 _____ Apellido 2 _____		Nombre _____	
• Género		Masculino ____ Femenino ____	
• Fecha de nacimiento:		Día _____ Mes _____ Año _____	
• Número de cédula:			
• Estado Civil:			
• Estatura (cm) –		Peso (kg)	
• Frecuencia Cardíaca en reposo.			
• Domicilio:			
• Tipo de transporte utilizado para asistir a actividades de AFUP			
Padecimiento o enfermedades que requieren de un tratamiento periódico			
		Marque con (X) donde corresponda	
¿Ha padecido o padece de lo siguiente?		NO	SI
Si la respuesta es afirmativa, especifique:			
1	Corazón (enfermedades cardiovasculares)		
3	Diabetes		
4	Epilepsia		
5	Trastornos mentales		
6	Tuberculosis		
7	Asma bronquial		
8	Trastornos visuales		
9	Malaria		
10	Enfermedades de transmisión sexual (incluido SIDA)		
11	Malignidades (incluidos tumores)		
12	Hemorragia interna		
13	¿Ha sido sometido a alguna operación en los últimos 3 años?		
14	¿Se ha hecho exámenes médicos durante este año?		
15	Problemas ginecológicos		
16	Presión sanguínea		

17	Padecimientos respiratorios o pulmonares			
18	Hígado			
19	Tiroides			
20	Ganglios linfáticos			
21	Edema en las piernas			
22	Tipo de sangre			
23	Es alérgico a algún medicamento o alimento?	Si_____	No____	Indicar:
24	Otra – enfermedad? Indique:			
En caso de EMERGENCIA ¿con quién nos comunicamos?:				
25	Nombre de contacto No. 1			Teléfono:
27	Nombre de contacto No. 2			Teléfono:
28	Está usted afiliado a algún servicio médico:	SI () - NO ()		Teléfono:
29	Toma algún tratamiento médico	SI () - NO ()		
		Nombre _____	Dosis _____	medicamento
30	Tiene alguna contra indicación para uso de algún medicamento?			
31	¿Algún comentario en cuanto a su condición de salud o física que usted considere que se deba conocer?			
32	¿Ha sido vacunada(o) contra el COVID-19?	SI () - NO ()		
Importante: En caso que nadie responda en los teléfonos anotados, autoriza a AFUP para actuar de emergencia y llamar la unidad según corresponda?				Si ____ No ____
Realiza algún tipo de actividad física 1-2-3-4 5 veces por semana? Si _____ No _____				Indique:
Tipo de actividad (es) en las que le gusta o gustaría participar:				
<u>Declaración Jurada estado físico para participar en la presente actividad:</u>				Fecha: _____
Doy fe que la anterior información es verdadera, que no omito ningún dato sobre mi estado de salud que me impida participar en alguna actividad, o que ponga en riesgo mi salud y seguridad. Autorizo a AFUP sobre el uso discrecional de esta información.				Firma: _____