

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



Fecha:

Primer Apellido

Segundo Apellido

Nombre

Yo,

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

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 desea pertenecer:

Cartago

Guanacaste

Heredia

San Carlos

San José

Occidente

Turrialba

Sigue atrás



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)

Documentos por presentar:

- Copia de la constancia en la que se indique que adquirió la condición de persona pensionada como trabajadora de alguna de las instituciones de educación superior universitaria estatal.
- Copia de la constancia emitida por la CCSS donde se indique el monto de la pensión respectiva.

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 0.5% de mi pensión bruta, mediante: pago que realizaré a través de: Sinpe Móvil 8703-4489 Depósito en la cuenta corriente IBAN CR62 0151 0001 0011 4876 71.

Firma:

Para uso de la Asociación:

Aprobado en Sesión No. Artículo: Fecha:

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, hipertensión)		
2	Diabetes		
3	Epilepsia		
4	Trastornos mentales		
5	Tuberculosis		
6	Asma bronquial		
7	Trastornos visuales		
8	Malaria		
9	Dengue		
10	Enfermedades de transmisión sexual (incluido SIDA)		
11	Malignidades (incluidos tumores)		
12	Hemorragia interna		
13	Hiperlipidemia (colesterol, triglicéridos)		
14	¿Ha sido sometido a alguna operación en los últimos 3 años?		
15	¿Se ha hecho exámenes médicos durante este año?		
16	Problemas ginecológicos		

17	Presión sanguínea			
18	Padecimientos respiratorios o pulmonares			
19	Hígado			
20	Tiroides			
21	Ganglios linfáticos			
22	Edema en las piernas			
23	Tipo de sangre			
24	Es alérgico a algún medicamento o alimento?	Si____	No____	Indicar:
25	Otra – enfermedad? Indique:			
En caso de EMERGENCIA ¿con quién nos comunicamos?:				
26	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: _____