



FORMATO PARA CENSO DEL PROGRAMA DE MEDICINAS PARA TRATAMIENTOS PERMANENTES DE SALUD DE LOS TRABAJADORES Y LAS TRABAJADORAS DE LA UNIVERSIDAD

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDOS:	NOMBRES:	
CÉDULA DE IDENTIDAD: V <input type="radio"/> E <input type="radio"/>	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		
TELÉFONO DE HABITACIÓN:		TELÉFONO CELULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:		
EN CASO DE EMERGENCIA, PERSONA DE CONTACTO (FAMILIAR): APELLIDO Y NOMBRE:		
TELÉFONO DE HABITACIÓN:	TELÉFONO CELULAR:	
CORREO ELECTRÓNICO:		

INFORMACIÓN BANCARIA DEL TRABAJADOR O LA TRABAJADORA

BANCO:	NÚMERO DE CUENTA:	TIPO:
--------	-------------------	-------

UBICACIÓN LABORAL DEL TRABAJADOR O LA TRABAJADORA

UBICACIÓN ADMINISTRATIVA: DOCENTE: <input type="radio"/> ADMINISTRATIVO: <input type="radio"/> OBRERO: <input type="radio"/> INDIQUE UNIDAD:
RECTORADO: <input type="radio"/> VICERRECTORADOS: BARQUISIMETO: <input type="radio"/> PUERTO ORDAZ: <input type="radio"/> CARACAS: <input type="radio"/>
NÚCLEO AL CUAL PERTENECE: CARORA: <input type="radio"/> GUARENAS: <input type="radio"/> CHARALLAVE: <input type="radio"/>

INFORMACIÓN MÉDICA

TIPO DE ENFERMEDAD: OCASIONAL: <input type="radio"/> PERMANENTE: <input type="radio"/> ESPECIFIQUE:
INDIQUE PATOLOGÍA PERMANENTE: CARDIOVASCULARES: <input type="radio"/> ENDOCRINAS: <input type="radio"/> PSIQUIÁTRICAS: <input type="radio"/> RENALES: <input type="radio"/> NEUROLÓGICAS: <input type="radio"/>
PROSTÁTICAS: <input type="radio"/> RESPIRATORIAS: <input type="radio"/> OTRAS: <input type="radio"/> INDIQUE:

DATOS PARA EL CENSO DEL GRUPO FAMILIAR

La siguiente información se solicita con la intención de elaborar un Censo que nos permita **ampliar a futuro** el beneficio de medicinas para tratamientos permanentes al grupo familiar (madre, padre, cónyuge, hijos (hasta 21 años y de ser estudiante hasta 25), de los trabajadores y trabajadoras del sector universitario

APELLIDO Y NOMBRE	SEXO	CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	CONDICIÓN ESPECIAL	PATOLOGÍA PERMANENTE