



**FORMULARIO DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DE LAS PRESTACIONES  
DE SALUD PARA CÓNYUGES O CONVIVIENTES CON DERECHO  
MAYORES A 40 AÑOS DE EDAD**

<b>USUARIO</b>	<b>AFILIADO/A O PENSIONISTA PRINCIPAL</b>	
	NOMBRES:	APELLIDOS:
	FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A): / /	CÉDULA / PASAPORTE:
	GÉNERO: M F	NACIONALIDAD:
	ACTIVIDAD LABORAL:	
	DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	
	DIRECCIÓN DEL SITIO DE TRABAJO:	
	TELÉFONO DEL DOMICILIO:	
	TELÉFONO DEL TRABAJO:	
	<b>CÓNYUGE DEL AFILIADO/A O PENSIONISTA</b>	
	NOMBRES:	APELLIDOS:
	FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A): / /	CÉDULA / PASAPORTE:
	GÉNERO: M F	NACIONALIDAD:
	DIRECCIÓN DOMICILIARIA:	
TELÉFONO DEL DOMICILIO:		
<b>MÉDICO</b>	<b>IMPORTANTE: La información proporcionada del o los diagnósticos es para planificar la compra de medicinas más no para negar la solicitud.</b>	
	<b>RESULTADO MÉDICO</b>	
	El / La cónyuge presenta alguna enfermedad catastrófica? SI NO	
	Si la respuesta es afirmativa registre el o los diagnósticos:	Código CIE 10:
	El / La cónyuge presenta alguna enfermedad crónica, degenerativa y/o invasiva? SI NO	
	Si la respuesta es afirmativa registre el o los diagnósticos:	Código CIE 10:
	Actualmente la o el cónyuge presenta alguna enfermedad aguda: SI NO	
	Si la respuesta es positiva coloque el o los diagnósticos:	Código CIE 10:
	FECHA DE LA EVALUACIÓN(d/m/a): / /	FIRMA, CODIGO DEL MSP Y SELLO DEL MÉDICO: