



**INFORMACION DEL USUARIO PARA INSCRIPCION A LA NAU-HUVESE-**

FECHA DE INSCRIPCION	DIA	MES	ANO
----------------------	-----	-----	-----

Señor Usuario para proceder a la inscripción debe diligenciar los siguientes datos:

* Nombre (s) del usuario				
* Apellidos del Usuario				
* Documento de Identidad	R.C	T.I	C.C	OTRO
* Numero de Documento de Identidad				
* Direccion completa				
* Telefono Fijo de Contacto / celular				
* Correo electronico				
* Clase de Seguridad Social al Regimen de Salud	EPS CONTRIBUTIVO			
	SUBSIDIADO			
	VINCULADO U OTRO			

CLASE EN QUE SE DESEMPEÑA EL INSCRITO EN ESTE FORMATO, SI LO HACE COMO; PADRE, MADRE, REPRESENTANTE LEGAL DE UN MENOR U ADULTO MAYOR RELACIONE EL NOMBRE CON NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL USUARIO A REPRESENTAR

Nombre del Usuario	N° de Documento de Identidad
--------------------	------------------------------

**USO EXCLUSIVO DE NUEVA ASOCIACION DE USUARIOS NAU-HUVESE- Evaristo G**

Tiempo en que utilizo los servicios del Hospital Universitario del Valle Evaristo Garcia
--

EL INSCRITO O USUARIO PRESENTA ANTECEDENTES CON: POLICIA NACIONAL, PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION
--

Funcionario Del Hospital Univesitario del Valle Evaristo Garcia que verifica Historia clinica. Nombre y Cargo:
---

Cargo del servidor social de NUEVA ASOCIACION DE USUARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE. Nombre y cargo
--

Aceptado-a	SI	No
------------	----	----

\* Firma del Usuario afiliado

