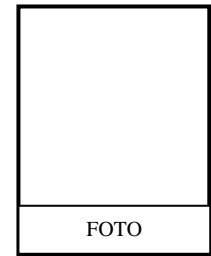




ARMADA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
DIRECCIÓN NAVAL DE LOGÍSTICA
DIRECCION DE SANIDAD NAVAL



PLANILLA REGISTRO Y CENSO PERSONAL PROFESIONAL DE SALUD

DATOS PERSONALES	Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:		
	Cédula: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento			Edad	
	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>						Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
	Nivel de Instrucción: Bachiller <input type="checkbox"/> Técnico Medio <input type="checkbox"/> Técnico Superior <input type="checkbox"/> Licenciado o Equivalente <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/>								
	Dirección de Habitación					Estado:			
						Municipio:			
						Parroquia:			
	Teléfono Móvil:		Teléfono Habitación:		Nombre, parentesco y número de teléfono familiar de contacto:				
	Correo Electrónico								
	Grado	Nº de Carnet	Fecha de Graduación		Antigüedad en años		Fecha último Ascenso		
Especifique Categoría : Oficial Comando <input type="checkbox"/> Oficial Técnico <input type="checkbox"/> Oficial Tropa <input type="checkbox"/> Oficial Asimilado <input type="checkbox"/> Tropa Profesional <input type="checkbox"/>									
Unidad:			Cargo Actual:			Tiempo en el cargo			
DATOS PROFESIONALES	Profesión:		Universidad donde obtuvo el Título				Fecha de graduación		
	Estudios de Postgrado realizados								
	Especifique el Título otorgado y la Universidad:								
	Otros Cursos no conducentes a títulos realizados. Especifique								
	Ha realizado otra carrera universitaria: Especifique								
	Colegios o Sociedades Profesionales a las que pertenece e indique N° de Registro								
	Cobra Prima de Profesionalización: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
	Ha realizado usted Maestría: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Indicar:								
Ha realizado usted algún Doctorado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?:									
INVESTIGACION	Trabajos de Investigación Presentados. Especifique:				Trabajos de Investigación Publicados: Especifique				

ACTIVIDAD DOCENTE	Profesor Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál actividad docente?	Universidad o Instituto:		Categoría:			
	Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/>		Contratado <input type="checkbox"/>	Ordinario <input type="checkbox"/>	Colaborador <input type="checkbox"/>	Instructor <input type="checkbox"/>	Asistente <input type="checkbox"/>	Asociado <input type="checkbox"/>
EJERCICIO PROFESIONAL EXTRA COMPONENTE	Especifique los datos siguientes concernientes a otras actividades asistenciales							
	ACTIVO FIJO <input type="checkbox"/> ACTIVO CONTRATADO <input type="checkbox"/>							
	Dependencia para la cual labora Nombre del centro			Fecha de Ingreso	Antigüedad y grado/Escalafón	Categoría de Cargo	Horas Contratadas	
	IVSS							
	MPPS							
	IPASME							
	GOBERNACIÓN							
	ALCALDIAS							
	OTROS EMPLEADORES:							
	EJERCICIO PRIVADO							
Dirección sitio de trabajo:								
Nombre del Centro Dispensador de Salud o Clínica					Teléfono			
Especifique otras Actividades culturales a las que se dedique :								
Especifique actividades deportivas:								
DATOS SOCIO FAMILIARES	Datos de los Hijos	F	M	Total	Especifique en orden cronológico las edades y sexo de sus hijos:			
	Datos del Cónyuge	Fecha y lugar de nacimiento			Cédula de Identidad V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Nivel de Instrucción		Edad
		Ocupación			Si su cónyuge es militar especifique grado y Unidad de dependencia actual:			
	Especifique número y parentesco de familiares dependientes:							Total
	Tiene algún familiar directo (padres, hijos, cónyuge) con algún tipo de discapacidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:							
	Sufre usted de algún problema de salud o limitación física? Especifique							
	Especifique condición de su Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:							
	Ha sido beneficiado con la GMV Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique región:							
	Posee vehículo propio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ha sido beneficiado con la adquisición de vehículo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Ha sido beneficiado con el Programa Mi casa Equipada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Actualmente es beneficiado con algún beneficio económico/ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Especifique:								
Posee póliza complementaria de Seguros Horizonte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Posee otra póliza de seguro además de Seguros Horizonte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:								
Si usted tiene alguna inquietud que informar, especifique de manera breve y concisa: (PUEDE ANEXAR INFORME PERSONAL)								
Esta Información es confidencial y su uso será con fines estadísticos y Base de Datos.								
<hr/> FIRMA				Fecha: ____/____/____/				

ANEXAR RELACIÓN CONDECORACIONES, BARRAS, INSIGNIAS Y RECONOCIMIENTOS