

- Ingresar a la página <https://www.medellin.gov.co/medellinmecuida>



- Ingresa tipo de documento y número



¿Su servicio con empresas públicas es prepago? :

- Si
- No

Nro. Contrato EPM \*:

Nro. Contrato EPM

Ver ejemplo

Nombres \*:

Nombres

Apellidos \*:

Apellidos

Dirección \*:

Dirección

Agregar

Celular \*:

Celular

Teléfono Fijo:

Teléfono Fijo

Edad \*:

Edad

Profesión:

Profesión

- **Diligencia la información y agregas al grupo familiar.**

Correo:

Correo

Nacionalidad \*:

Colombia

Dígame si usted presenta :

(Puede seleccionar varias)

- Hipertensión arterial (Presión alta)
- Diálisis
- Enfermedades del corazón
- Cáncer
- Uso de esteroides
- Diabetes (Azúcar en la sangre)
- Colesterol alto
- Asma (Asfixia)
- EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- Obesidad o sobrepeso

- Fuma o ha sido fumador
- Cocina con leña o ha cocinado con leña
- Enfermedad huérfana o rara diagnosticada

¿Usted presenta uno o más de estos síntomas? :

- Tos
- Fiebre mayor a 38 grados
- Dolor de garganta
- Malestar general
- Dificulta para respirar
- Ninguno

---

¿Con quién vives?

**Agregar**

Tipo Doc	Nro. de identificación	Nombre	Edad	Celular	Parentesco	Acción
----------	------------------------	--------	------	---------	------------	--------

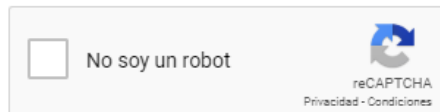
---

Ningún dato disponible en esta tabla

---

La Alcaldía está buscando a las familias más vulnerables que requieren apoyo alimentario. ¿Crees que tu familia está en una condición que requiere asistencia alimentaria? :

- Si
- No



- Al diligenciar este formulario, los titulares de la información entregada, estamos aceptando la [política de privacidad y condiciones de uso del sitio web oficial de la alcaldía de Medellín www.medellin.gov.co](#), estamos de acuerdo con el [procedimiento para la protección de datos personales en el Municipio de Medellín](#) y [aceptamos los términos y condiciones para el uso de la plataforma "Medellin me Cuida"](#)

**Registrar información**