

**FAVOR CONTESTAR SEGÚN SU HISTORIAL CLÍNICO Y EL DE SUS DEPENDIENTES**

**Usted/es ha sido diagnosticado, tratado, medicado referido para consulta médica, o tiene conocimiento de padecer los siguientes trastornos?**

	SI	NO		SI	NO
1. Problemas del sistema cardio circulatorio (angina de pecho, varices, hipertensión arterial, infarto cardiaco, otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Ha padecido de enfermedades infecciosas como dengue lepra, Leishmaniasis, tuberculosis, otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Enfermedad del sistema respiratorio (neumonía, asma, EPOC, alergias respiratorias, otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Padece de alguna mal formación congénita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trastornos del aparato digestivo, enfermedades de hígado, gastritis, ulcera gastroduodenal, enfermedades del intestino, hemorroides, cálculos vesiculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Padece de enfermedades inmunológicas (dermatitis atópica, artritis reumatoidea, esclerodermia, otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trastornos del aparato renal (riñones, vejiga, vías urinarias, y/u otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Padece de problemas en la visión, utiliza lentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cáncer, tumores, otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Le han rechazado alguna vez un contrato de medicina prepagada, o una póliza de seguros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedades de la piel, cuero cabelludo y uñas (dermatitis, acné, hongos en las uñas, cambios en aspectos de lunares).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Padece algún trastorno o enfermedad no especificada anteriormente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trastornos endocrinológicos (diabetes, síndrome metabólico, hiperprolactinemia, adison, cushing, otros). Resistencia a la insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Tiene antecedentes de alguna cirugía. Especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Infecciones de Transmisión sexual/venéreas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Tiene antecedentes de hospitalización no quirúrgico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Desordenes músculo-esqueléticos como artritis, artrosis o problema de la columna, osteopenia, osteoporosis o fracturas, lesiones en ligamentos o meniscos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Usted fuma? Especifique la frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Trastornos neurológicos (convulsiones, migrañas, párkinson, derrame cerebral, otros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>EN CASO DE SER MUJER</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			20. Actualmente está embarazada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			21. Antecedentes de quistes mamarios, inflamación pélvica ovario poliquístico, endometriosis, tumor de utero, otros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si sus padres fallecieron, indique las causas de la muerte:**

**PADRE:** \_\_\_\_\_ **MADRE:** \_\_\_\_\_

**FAVOR ESPECIFIQUE EL PESO Y TALLA DEL TITULAR Y DEPENDIENTES**

No.	TITULAR Y DEPENDIENTES	PESO (lbs.)	TALLA (mts.)
TITULAR			
1			
2			
3			
4			
5			

En caso de haber respondido SI en alguna de las anteriores preguntas, sírvase detallar la/las enfermedades padecidas por el titular y los dependientes.

Pregunta	PACIENTE	DIAGNOSTICO	FECHA INICIO	MEDICO TRATANTE	ESTADO ACTUAL

**DECLARACION DE IDONEIDAD**

El solicitante declara que la información aquí proporcionada, forma parte integrante del contrato, es verdadera, sin omisiones ni oculta intencionalmente algún dato en conocimiento de padecer él o sus dependientes enfermedades al momento de la suscripción del contrato. Autoriza a que se verifique la información proporcionada, si se determina que no corresponde a la verdad, en cuyo caso se anulara el contrato en todas y cada una de sus formas. Se conviene que el contrato entrará en vigencia en la fecha acordada, una vez que, la compañía apruebe la solicitud y este pagada la cuota en la forma convenida.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

C.I: