

## DECLARACIÓN DE SALUD

<b>USTED HA SIDO DIAGNOSTICADO, TRATADO, MEDICADO, REFERIDO PARA CONSULTA MÉDICA, O TIENE CONOCIMIENTO DE SUFRIR ALGUNO DE ESTOS TRASTORNOS: (Favor contestar todas las preguntas)</b>	Titular		D 1		D 2		D 3		D 4		D A	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
1. Problemas del sistema cardio circulatorio (angina de pecho, varices, hipertensión arterial, infarto cardiaco, otros).												
2. Enfermedad del sistema respiratorio (neumonía, asma, EPOC, alergias respiratorias, otros).												
3. Trastornos del aparato digestivo enfermedades del hígado (hepatitis), gastritis, ulcera gastroduodenal, enfermedades del intestino (dolores abdominales, diarreas frecuentes otros												
4. Trastornos del aparato renal (riñones, vejiga, vías urinarias, y/o otros												
5. Cáncer, tumores, otros												
6. Enfermedades de la piel, cuero cabelludo, y uñas ( dermatitis, acné , hongos en las uñas, cambios en el aspecto de lunares)												
7. Trastornos endocrinológicos ( diabetes, síndrome metabólico, hiperprolactinemia, adison, cushing, otros												
8. Infecciones de transmisión sexual												
9. Enfermedades, desordenes músculo-esqueléticos como artritis, artrosis o problema de columna, osteopenia, osteoporosis, otros. Ha sufrido alguna fractura.												
10. Trastornos neurológicos (convulsiones, migrañas, parkinson, derrame cerebral)												
11. Tiene antecedentes de alguna cirugía												
12. Si es mujer, esta embarazada.												
13. Antecedentes de quistes mamarios, inflamación pélvica, ovario poliquístico, endometriosis, tumor del útero, otros												
14. Ha padecido de enfermedades infecciosas como dengue, lepra, Leishmaniasis, tuberculosis, otros												
15. Padece de alguna mal formación congénita												
16. Padece de enfermedades inmunológicas ( dermatitis atópica, artritis reumatoidea, esclerodermia, otras												
17. Padece de algún problema en la visión, utiliza lentes												
18. Le han rechazado alguna vez un contrato de Medicina Prepagada, o una póliza de Seguros												
19. Padece de algún trastorno o enfermedad no especificada anteriormente												
20. Usted fuma?												
21. Favor describa su peso y talla	p	t	p	t	p	t	p	t	p	t	p	t

**DATOS MÉDICOS:** EN CASO DE TENER UNA RESPUESTA SI FAVOR LLENAR ESTOS DATOS.

TITULAR

DEPENDIENTE # \_\_\_\_\_

Pregunta #: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tratamiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Posología: \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Estado Actual \_\_\_\_\_

Nombre Clínicas, Hospitales o Médicos: \_\_\_\_\_

TITULAR

DEPENDIENTE # \_\_\_\_\_

Pregunta #: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tratamiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Posología: \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Estado Actual \_\_\_\_\_

Nombre Clínicas, Hospitales o Médicos: \_\_\_\_\_

TITULAR

DEPENDIENTE # \_\_\_\_\_

Pregunta #: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Tratamiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Medicamentos: \_\_\_\_\_

Posología: \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Estado Actual \_\_\_\_\_

Nombre Clínicas, Hospitales o Médicos: \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE:** \_\_\_\_\_

**SI SUS PADRES HAN FALLECIDO, INDIQUE LAS CAUSAS DE CADA UNO:** PADRE: \_\_\_\_\_ MADRE: \_\_\_\_\_

**TEXTO DE DECLARACIÓN DE IDONEIDAD:**

El solicitante declara que la información aquí proporcionada, forma parte integrante del contrato, es verdadera, sin omisiones ni oculta intencionalmente algún dato y que no esta en conocimiento de padecer el 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 nulita 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 mi solicitud y esté pagada la cuota en la forma convenida.

**FIRMA SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_