



**SEGUROS
AMERICA**

Asegurando tu futuro

CUESTIONARIO MEDICO PARA INSRIPCION

CONTRATANTE _____ **POLIZA No.** _____ **Fecha de Nacimiento** _____
Nombre del Asegurado: _____ **No. Cédula:** _____ **Estatura:** _____ cm. **Peso (Kg.):** _____

1. ¿Ha tenido Usted alguna de las siguientes enfermedades? ¿O Padecimientos relacionados?			
<i>Si la respuesta a cualquiera de las siguientes preguntas es Sí, favor de proveer los siguientes detalles al reverso utilizando el número de la pregunta como referencia: Nombre del médico tratante; Enfermedad que padece; Hace cuanto fue diagnosticada, Tratamiento actual y Condición Actual.</i>			
NO OMITA INFORMACION, PUES ESTO PUEDE INVALIDAR SUS BENEFICIOS			
	Si	No	Si
	[]	[]	No
a) Alteración del estómago o intestinos, hígado, páncreas, vesícula, bazo colitis, ictericia, úlceras gástricas o esofágicas, várices esofágicas, hemorroides, hernias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n) (Femenino) Alteraciones menstruales o hemorragias menstruales, desordenes de los órganos reproductivos, abortos espontáneos. <input type="checkbox"/>
b) Artritis, artritis deformativa, reumatismo, gota, várices, osteoporosis, alteraciones o padecimientos de la columna vertebral como lumbago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o) (Femenino) ¿Se encuentra actualmente embarazada? Fecha probable de parto _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/>
c) Bocio, alteraciones de la glándula(s) tiroideas o suprarrenales, alteraciones endocrinológicas como diabetes, diabetes infantil/juvenil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p) (Femenino) Complicaciones con un embarazo o parto que resultó en cesárea de emergencia, sangrado excesivo o infecciones post-parto. Resultados fuera de lo normal en un examen PAP SMEAR (Papanicolau). <input type="checkbox"/>
d) Cálculos en los riñones, alteraciones en los riñones o vejiga, frecuencia o ardor urinario, albuminuria o hematuria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q) Historia de defectos congénitos en la familia del "Asegurado Titular" o en la Familia de el/la cónyuge. <input type="checkbox"/>
e) Cáncer o tumores malignos (especifique Órgano), abscesos, alteraciones sanguíneas como leucemia o anemia. ¿Alguien en la familia ha fallecido por cáncer o complicaciones relacionadas al cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r) Adicto a las drogas o habitualmente usa drogas ilícitas; sufre de alcoholismo (esté tomando o no actualmente). ¿Fuma cigarrillos o tabaco, desde cuando y cuantos por día? <input type="checkbox"/>
f) ¿Enfermedad o defecto de la visión, oído, nariz o garganta? O Recurrentes infecciones del oído (otitis), garganta (amigdalitis), desviación del tabique nasal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s) Existe algún medicamento que no puede recibir, ya sea, por vía oral o vía intramuscular o intravenosa por peligro de reacciones alérgicas sistemáticas o localizadas. <input type="checkbox"/>
g) Epilepsia, enfermedades mentales o nerviosas, mareos, desmayos, lapsos de la memoria, dolores de cabeza (migrañas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	t) ¿Ha sido sometido a exámenes de salud o chequeos rutinarios en los últimos años? ¿Ha tenido alguna anomalía? <input type="checkbox"/>
h) Cualquier patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, fiebre reumática, prolapso de la válvula Mitral, soplos cardíacos o enfermedades de las venas, arterias o vías linfáticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	u) ¿Se le ha recomendado someterse a alguna intervención quirúrgica que este pendiente? Si la respuesta es Si ---- Menciónela <input type="checkbox"/>
i) Alteraciones de los factores de coagulación como trombosis, embolia pulmonar, derrame cerebral, flebitis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v) ¿Está tomando medicamentos prescritos o se encuentra bajo tratamiento o se le ha aconsejado tratamiento en el futuro? Mencínelo: <input type="checkbox"/>
j) VIH positivo por cualquiera de los exámenes de sangre (Western Blot o Elisa); Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Complejo Relacionado al SIDA (CRS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	w) ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de algún tipo por alguna condición no mencionada anteriormente? ¿Cuál? <input type="checkbox"/>
k) Enfermedades pulmonares como tuberculosis, edema pulmonar, asma, bronquitis, tos crónica, enfisema, insuficiencia cardiaca crónica (CHF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	x) Al reverso de este formulario, liste todos los medicamentos que utilice normalmente, ya sea bajo receta médica o sin ella. <input type="checkbox"/>
l) Enfermedades transmitidas por vía sexual (ETVS), alteraciones prostáticas u ováricas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	y) ¿Esta actualmente cubierto por alguna compañía de seguros o por algún plan de salud pre-pago? Si la respuesta es Si ---- Mencínela e indique fecha de vencimiento de su póliza. <input type="checkbox"/>
m) ¿Alguna persona propuesta para ingreso en este plan mediante esta solicitud tiene la intención de reemplazar o cambiar su plan actual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	z) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad? Favor ampliar Información. <input type="checkbox"/>

Resolución: SIB-OIF-VII-37-99
 Fecha: 10 de Marzo de 1999

Ref. Pregunta	Dolencia, Diagnóstico y Tratamiento	
Duración	Nombre del Médico	Clínica u Hospital
Ref. Pregunta	Dolencia, Diagnóstico y Tratamiento	
Duración	Nombre del Médico	Clínica u Hospital
Ref. Pregunta	Dolencia, Diagnóstico y Tratamiento	
Duración	Nombre del Médico	Clínica u Hospital
Ref. Pregunta	Dolencia, Diagnóstico y Tratamiento	
Duración	Nombre del Médico	Clínica u Hospital
Ref. Pregunta	Dolencia, Diagnóstico y Tratamiento	
Duración	Nombre del Médico	Clínica u Hospital
2. Información Adicional:		
3. Médico Familiar o Personal		
Nombre	Clínica u Hospital	Teléfono
4. ¿Favor indicar Empresa Medica Previsional a la cual Usted esta afiliado?		

Declaro que las respuestas e información que he dado en este cuestionario médico son correctas, exactas y verdaderas. Entiendo que información falsa u omitir información puede ser causal que se me rechace la solicitud de ingreso, el rechazo de un reclamo o la cancelación del contrato según lo establecido en las Condiciones Generales.

Aceptar
 Rechazar

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

AUDITORIA MEDICO