



**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 Si", 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	
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.
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 _____ / _____ / _____
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).
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.
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?
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.
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?
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
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:
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?
k) Enfermedades pulmonares como tuberculosis, edema pulmonar, asma, bronquitis, tos crónica, enfisema, insuficiencia cardíaca 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.
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.
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.

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