



## Cuestionario sobre Asma

Póliza No.

Fecha

día	mes	año
-----	-----	-----

Nombre del titular

Cédula ó  
Pasaporte

Nombre del paciente

Fecha de  
nacimiento

día	mes	año
-----	-----	-----

### Todas las preguntas deben ser contestadas

1. ¿Cuándo fue el asma diagnosticada?

2. Fecha del último ataque de asma

3. Frecuencias de ataques de asma (número de ataque por año)

4. Severidad de los ataques (leve, moderado, severo)

5. ¿Alguna hospitalización (incluye emergencias) o tiempo ausente del trabajo? Favor dar detalles y fechas

6. Nombres, dosis y frecuencia de uso de todos los medicamentos actuales (incluyendo los inhalados)

7. ¿Le han indicado esteroides (Ej.: Prednisona)?

Si fue positiva su respuesta, ¿cuándo?

8. ¿Alguna complicación?

9. Comentarios adicionales

**CERTIFICACION:** Yo certifico que todas éstas respuestas y declaraciones son verdaderas al mejor de mis conocimientos y creencias. Yo informaré a La Colonial, S. A. sobre cualquier cambio material en la información suministrada entre el tiempo en que se haya llenado este formulario y el tiempo que tome la póliza en hacerse efectiva. Yo estoy de acuerdo en que éste documento pueda formar parte de mi solicitud de Seguro Médico Internacional.

Firma:

Fecha:

día	mes	año
-----	-----	-----

