



Cuestionario sobre Dolor de Cabeza

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. ¿Qué tipo de dolor de cabeza fue diagnosticado por su médico, (Ej.: migraña, por estrés, tensional, por sinusitis)?

2. ¿Qué tan frecuentes son sus dolores de cabeza?

3. ¿Son incapacitantes estos dolores? (Ej.: tiempo que pierde en el trabajo)

4. ¿Están estos dolores asociados a otra condición médica?

5. ¿Está tomando algún tipo de medicamento?

Si

No

Si su respuesta fue Si, liste los nombres, las dosis y la frecuencia de los medicamentos

6. ¿Espera usted realizarse alguna otra prueba u otro tipo de tratamiento adicional?

7. 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
-----	-----	-----

