



Cuestionario Músculo Esquelético

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. Diagnóstico: (Si fue artritis, decir si fue ósea o reumatoidea)

2. Fecha del diagnóstico

3. ¿Está afectada alguna articulación?

4. ¿Ha recibido terapia física o cirugía debido a esta condición?

Si

No

Si respondió Si, favor describa

5. Mencione alguna limitación en su actividad diaria o alguna limitación física actual provocada por su condición

6. ¿Esta tomando algún medicamento?

Si

No

Si respondió Si, liste los nombres de los medicamentos, dosis y frecuencia:

7. ¿Ha tenido que ser hospitalizado o tomado licencia en el trabajo por esta condición?

Si

No

Favor enumere las fechas y detalles

8. 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
-----	-----	-----

