



Cuestionario sobre Convulsiones

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 convulsiones han sido diagnosticada por su médico? (Ej.: gran mal, pequeño mal / crisis de ausencia, convulsiones febriles, convulsiones jacksonianas)

2. ¿En qué fecha fue la primera convulsión?

3. ¿Cual fué la causa de la convulsión?

4. ¿Con qué frecuencia ocurren estas convulsiones?

5. ¿En qué fecha fue la convulsión más reciente?

6. ¿Esta Usted actualmente tomando medicamentos para sus convulsiones? Si No

a. Si fue afirmativa su respuesta, favor dar los nombres / dosis / y frecuencia de los medicamentos

b. Si su respuesta fue negativa, ¿Cuál fue el medicamento que tomó y cuando interrumpió su tratamiento?

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
-----	-----	-----

