



Nombre completo Edad

Nombre del Médico Tratante

Centro de Salud donde trabaja y teléfono

1. Ha tenido usted:

- Sí No
- Dolor de Pecho (anginas) Sí No
- Palpitaciones Sí No
- Arritmias Cardíacas Sí No
- Dificultad para respirar Sí No
- Soplos cardíacos Sí No
- Ataques cardíacos (infartos) Sí No
- Cirugía de Bypass coronario Sí No
- Cateterismo cardíaco Sí No
- Postura de Stent Sí No

En caso de responder afirmativo en algunos de los puntos anteriores, completar las siguientes preguntas:

a. ¿Cuándo ocurrió el o los evento(s)? Indique las fechas d d m m a a a a d d m m a a a a d d m m a a a a

b. ¿Cuál fue el tratamiento médico o quirúrgico para tratar el o los evento(s)?

c. Indique la fecha de su última consulta con su médico y con qué frecuencia usted lo ve por esta condición. d d m m a a a a

2. ¿Cuáles estudios se ha realizado y cuáles han sido sus resultados? (electrocardiograma – ecocardiograma – prueba de esfuerzo, entre otros)

3. Señalar si ha presentado alguna otra enfermedad. Sí No

En caso afirmativo, indicar cuál(es) (diabetes – enfisema derrames cerebrales – cáncer- enfermedad renal o vascular)

4. Señale si tiene historia familiar de padecimientos cardiovasculares. Indique miembro de la familia y condición.



5. ¿Fuma usted? (cigarrillo – cigarros – puro – tabaco)

Sí No

Cantidad al día

6. Se le ha realizado algún estudio de diagnóstico para hipertensión arterial tales como: electrocardiograma, radiografía de tórax, ecocardiograma, control de azúcar y lípidos en la sangre u otros. En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fecha y resultados de los estudios.

d d m m a a a a

7. Proporcionar toda la información relacionada con su tratamiento médico actual, incluyendo nombre del(los) medicamentos, dosis y frecuencia.

8. Indicar si ha cambiado su tratamiento en los últimos 12 meses y razón por las que se produjo el cambio.

9. ¿Con qué frecuencia va al médico para una consulta de seguimiento?

10. ¿Cuándo fue la última vez que consultó su médico y los resultados de la presión arterial?

d d m m a a a a

11. ¿Se le ha detectado alguna anomalía en la orina, como proteína, sangre o azúcar? En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fechas.

d d m m a a a a

12. Proporcione cualquier otra información adicional que considere útil para la tramitación de su solicitud de seguro.

Declaro bajo la más solemne fe del juramento que los datos suministrados anteriormente y contenidos en este cuestionario son verdaderos, correctos y actualizados y que no he omitido ni alterado ninguna información, requerida explícita o implícitamente en este cuestionario. Reconozco que el haber completado y firmado el presente cuestionario no supone la aceptación por parte de la Aseguradora, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo.

Firma

Fecha