



Nombre completo Edad

Nombre del Médico Tratante

Centro de Salud donde trabaja y teléfono

1. ¿Qué tipo de artritis padece? Si no cuenta con un diagnóstico preciso, describa sus síntomas.

2. ¿Qué articulaciones son las más afectadas?

3. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez la enfermedad?

d | d | m | m | a | a | a | a

4. ¿Sigue teniendo usted síntomas?

Sí No

En caso afirmativo, ¿son estos constantes, variables, muestran una mejoría, o presentan un empeoramiento progresivo?

Si respondió no, ¿cuándo fue la última vez que tuvo síntomas?

d | d | m | m | a | a | a | a

5. ¿Ha sido operado debido a este padecimiento o está considerando ser intervenido quirúrgicamente?

En caso afirmativo, proporcione toda la información relativa a la cirugía, incluyendo las fechas y los nombres del hospital y del cirujano, e indique el tiempo que estuvo ausente del trabajo después de la operación.

Cirujano	Hospital	Tiempo Ausente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. ¿Cuál es el tratamiento médico actual que recibe (medicamentos, fisioterapia, etc.)? Indique nombre y dosis de los medicamentos.

7. ¿Necesita usted un bastón o cualquier forma de ayuda para moverse?

Sí No

8. Proporcione toda información adicional que considere 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 WorldWide, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo.

Firma

Fecha