



Nombre completo  Edad

Nombre del Médico Tratante

Centro de Salud donde trabaja y teléfono

1. ¿Cuándo se le diagnóstico por primera vez la hipertensión?

d |  m |  a |  a |  a

2. ¿Cuáles medicamentos está usando y en qué dosis?

3. ¿Se le ha cambiado la medicación en los últimos 12 meses?

Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, especifique

4. ¿Ha necesitado internamiento o asistencia de emergencia por esta condición?

Sí  No

5. Tiene alguna complicación de salud relacionada a su hipertensión, tales como:

• Enfermedad renal

Sí  No

• Enfermedad coronaria

Sí  No

• Insuficiencia cardíaca

Sí  No

• Derrames cerebrales

Sí  No

• Otro:

Si su respuesta es afirmativa, especifique

6. Se le ha realizado estudio de diagnósticos para hipertensión arterial, tales como:

• Electrocardiograma

Sí  No

• Radiografía de tórax

Sí  No

• Ecocardiograma

Sí  No

• Control de azúcar

Sí  No

• Control de lípidos en la sangre

Sí  No

• Otro:

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fecha y resultados de los estudios.

d |  m |  a |  a |  a



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

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

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

9. 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 WorldWide, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha