



Cuestionario Médico de Evaluación Prostática para Hombres Mayores de 50 años

Datos personales

Nombre del asegurado Apellido del asegurado
Fecha de nacimiento Número de póliza

Datos personales

- ¿Se ha realizado alguna evaluación prostática? Sí No
- Indicar nombre del médico tratante:
- Institución donde presta servicios:
- Indique dirección y teléfono
- Si se ha realizado alguno de los siguientes estudios, indique y adjunte los resultados, especifique la fecha en que se le practicó:
 - PSA Total:
 - Ultrasonografía prostática:
 - Biopsia:
- Diagnóstico:
- ¿Mantiene algún tratamiento para enfermedades prostáticas? Sí No
- Indique los tratamientos médicos y quirúrgicos a los que ha sido sometido:
- Además de los resultados mencionados, si se ha realizado algún otro estudio, indique fecha y resultados:

Declaro bajo la más solemne fe del juramento que todos los datos e informaciones suministradas en el presente cuestionario son verdaderos, correctos y actualizados y que no he omitido ni alterado ninguna información requerida explícita o implícitamente en este cuestionario, que pueda o pudiere influir en la evaluación y aceptación de la solicitud de seguro. Reconozco que el haber completado y firmado el presente cuestionario no supone la aceptación de WorldWide, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo.

Firma del solicitante

Fecha