



Nombre completo Edad

Nombre del Médico Tratante

Centro de Salud donde trabaja y teléfono

1. ¿Cuándo tuvo por primera vez los síntomas? Describa los mismos

2. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez el padecimiento?

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

3. ¿Cuál segmento de su espalda está afectado?

Cervical Torácico Lumbar Sacro

Si es de su conocimiento, detalle vértebra afectada

4. Detalle tipo de estudios realizados (radiografía, tomografía, resonancia magnética, entre otros), especifique la fecha del estudio y los resultados.

Tipo de estudio realizado	Fecha	Resultado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. ¿Cuándo fue la última vez que sintió algunos de los síntomas? ¿Con qué frecuencia se manifiestan los síntomas? ¿Ha tenido episodios en los últimos 2 años?

6. Especificar tipo de tratamiento:

a. Medicación (indicar nombre y dosis)

b. Fisioterapia (fecha y cantidad de las mismas)

c. Cirugía (especificar nombre del procedimiento y segmento de la columna operada)

7. 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