



Nombre completo  Edad

Nombre del Médico Tratante

Centro de Salud donde trabaja y teléfono

1. Indique el diagnóstico y fecha del mismo  d | d | m | m | a | a | a | a

2. Describa los síntomas, fecha de inicio y duración o frecuencia de los mismos.  d | d | m | m | a | a | a | a

3. ¿Cuándo tuvo los últimos síntomas?  d | d | m | m | a | a | a | a

4. ¿Se le han hecho estudios tales como urografía, imágenes, cistoscopia, biopsia, entre otros, en relación con este padecimiento o está planeado alguno?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo nombre del estudio, las fechas y resultados de dichos estudios.

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. ¿Ha tomado o toma alguna medicación o ha sido operado? En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo nombre de los medicamentos, dosis y el procedimiento realizado si fue operado.  Sí  No

Medicamento	Dosis	Procedimiento realizado
<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"/>

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

**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