



Cuestionario Médico de Evaluación Prostática para Hombres Mayores de 45 años

Datos personales

Nombre del asegurado

Apellido del asegurado

Fecha de nacimiento

Número de póliza

Datos personales

1. ¿Se ha realizado alguna evaluación prostática? Sí No

2. Indicar nombre del médico tratante:

3. Institución donde presta servicios:

4. Indique dirección y teléfono

5. Si se ha realizado alguno de los siguientes estudios, indique y adjunte los resultados, especifique la fecha en que se le practicó:

a. PSA Total:

b. Ultrasonografía prostática:

c. Biopsia:

6. Diagnóstico:

7. ¿Mantiene algún tratamiento para enfermedades prostáticas? Sí No

8. Indique los tratamientos médicos y quirúrgicos a los que ha sido sometido:

9. 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