



## Cuestionario Médico de Evaluación Prostática para Hombres Mayores de 45 años

### Datos personales

Nombre del asegurado	<input type="text"/>	Apellido del asegurado	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="d   d   m   m   a   a   a   a   a"/>	Número de póliza	<input type="text"/>

### 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