



Nombre completo

1. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez diabetes y qué tipo?

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

2. Tratamiento:

a. ¿Toma Ud. medicamentos orales?

Sí  No

En caso afirmativo, indique el tipo de medicación y la dosis, incluyendo el número de tomas al día.

b. ¿Usa Ud. insulina?

Sí  No

En caso afirmativo, indique el tipo de medicación y la dosis, incluyendo el número de tomas al día.

3. Control de su enfermedad:

a. ¿Con qué frecuencia controla Ud. su glucosa en sangre u orina?

b. Indique los tres últimos resultados del análisis de glucosa en sangre:

Resultado	Fecha

c. Indique los tres últimos resultados del análisis de glucosa en orina:

Resultado	Fecha

d. Indique los últimos dos resultados de HbA1c si los conoce:

Resultado	Fecha

e. ¿Con qué frecuencia acude Ud. a una clínica o a su médico para el control de la diabetes?

f. ¿Cuándo fue su última consulta?

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



g. Indique el nombre y dirección del médico o clínica que supervisa su tratamiento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Desde que empezó el tratamiento, ¿ha sido Ud. alguna vez hospitalizado debido a coma diabético (hipoglucémico/hiperglicémico), u otro trastorno relacionado con la diabetes? En caso afirmativo, confirme las fechas.  Sí  No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Ha padecido alguna vez alguno de los siguientes trastornos?

- a. Proteinuria o albuminuria  Sí  No
- b. Problemas de los ojos  Sí  No
- c. Entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies  Sí  No
- d. Tensión arterial alta  Sí  No
- e. Problemas cardíacos o circulatorios  Sí  No
- f. Problemas renales  Sí  No

Si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione toda la información al respecto.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Ha estado Ud. de baja laboral durante 15 días o más en el último año a consecuencia de alguna enfermedad?  Sí  No

7. Proporcione Ud. cualquier información adicional relativa a su enfermedad, que considere útil para la tramitación de su solicitud de seguro.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Declaro haber contestado verídicamente a estas preguntas y que no he ocultado ninguna información que pueda influir en la evaluación o la aceptación de esta solicitud. Estoy de acuerdo en que este cuestionario forme parte de mi solicitud de seguro y que el hecho de no revelar alguna circunstancia conocida por mí, puede anular el contrato.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha