BEST MERIDIAN
INSURANCE COMPANY

CUESTIONARIO DE ASMA O BRONQUITIS (Médico)

El paciente autoriza a suministrarnos información médica (resultados, diagnósticos y tratamientos) para propósitos de adquirir una cobertura de seguro de vida. Agradeceremos que complete y devuelva este cuestionario lo antes possible.

Nombre del asegurado propuesto:	No. de póliza:	No. de cédula de identidad:	Fecha de nacimiento:

1. ¿Cuándo le diagnosticaron el asma, bronquitis, pulmonía, pleuresía, enfisema o rinitis alérgica? _____/_____/_____ (Mes Día Año)
2. ¿Utiliza o ha utilizado broncodilatadores, cortisona, antibióticos, antiespasmódicos? ☐ Si ☐ No
3. ¿Con qué frecuencia? ☐ Frecuentemente ☐ Regular ☐ Rara Vez
4. ¿Utiliza o ha utilizado algún otro medicamento o tratamiento? ☐ Si ☐ No
5. ¿Tiene tos persistente? ☐ Si ☐ No Esputos de sangre? ☐ Si ☐ No
6. ¿Cuántos ataques de asma tiene al año? _____
7. ¿Con qué frecuencia? ☐ Frecuentemente ☐ Regular ☐ Rara Vez
8. Fecha del último ataque de asma: _____/_____/_____ (Mes Día Año)
9. ¿Cómo clasifica la condición de asma del paciente? ☐ Mínima ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave
10. ¿Ha visitado alguna sala de emergencia por esta condición? ☐ Si ☐ No
11. ¿Cuánto tiempo ha permanecido en ella? ☐ Un día o menos ☐ Más de un día
12. ¿Ha sido hospitalizado por esta condición? ☐ Si ☐ No
13. ¿Por cuánto tiempo? _____ Fechas: _____
14. Nombre y dirección del hospital: _____
    _____
15. ¿Ha necesitado una reanimación o intubación? ☐ Si ☐ No
16. ¿Le han hecho espirometría? Fecha: _____/_____/_____ ☐ Si ☐ No ☐ FEV1 (obs./prev.) 55-64% ☐ FEV1 (obs./prev.) 54% o menos
17. ¿Ha fumado durante los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No
    ☐ Cigarrillo ☐ Una cajetilla o menos diaria ☐ Más de una cajetilla diaria ☐ Cigarro ☐ Pipa
18. ¿Padece o ha padecido de cualquier otra enfermedad, lesión u operación? ☐ Si ☐ No
19. ¿Ha habido algún cambio en la tolerancia al ejercicio en los últimos 2 años? ☐ Si ☐ No
20. ¿Padece de dispnea? ☐ Si ☐ No

DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO (Letra de molde):

Nombre del médico: _____

Dirección y teléfono: _____

_____

No. de cédula de identidad: _____ No. de licencia: _____

Fecha completado: _____

Firma: _____

Nombre y código del agente:

_____

_____