



Nombre completo  Edad

Nombre del Médico Tratante

Centro de Salud donde trabaja y teléfono

1. ¿Padece o ha padecido de algún trastorno esquelético?

2. ¿Cuál(es) parte(s) del cuerpo está(n) o fue(ron) afectada(s)?

3. ¿Cuál es la causa del problema o cuál es el diagnóstico?

4. ¿Cuándo notó por primera vez algún síntoma?

5. ¿Está totalmente recuperado? En caso afirmativo, indique desde cuando.

Sí  No

De no ser así, proporcione toda la información respecto a síntomas residuales.

6. ¿Ha habido más de un episodio?

Sí  No

En caso afirmativo, indique la fecha y duración de cada episodio.

7. ¿Fue necesaria una cirugía o se ha planeado alguna?

Sí  No

En caso afirmativo, proporcione datos sobre la operación, fechas y lugar en el que se llevó a cabo.

8. ¿Qué otro tratamiento se le ha aconsejado? (e.g. medicamentos antiinflamatorios, calmantes para el dolor, fisioterapia, cirugía, entre otros) Especifique la fecha, nombre, dosis, entre otros.

9. Proporcione cualquier otra información adicional que considere útil para la tramitación de su solicitud de seguro.

**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 de WorldWide, hasta tanto realice la debida evaluación y aprobación del mismo.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha