

Código: SPN-F.GTP-92

Médico, sello	Sociedad
---------------	----------

Declaraciones de la persona a asegurar

Se ruega al médico que escriba él mismo las respuestas o que las revise con el candidato, si éstas han sido escritas anteriormente.

Nombre y apellidos		Fecha de Nacimiento	
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Identidad	Numero de Afiliación del IHSS		
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Profesión	Actividad profesional actual		
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Calle, número	Código postal	Ciudad	País
<input style="width: 95%;" type="text"/>			

Señale lo que proceda	Sí	No	Comentarios
1. ¿Ha habido entre sus familiares directos (padres o hermanos) casos de hipertensión, enfermedades cardíacas o circulatorias antes de los 65 años, diabetes o enfermedades hereditarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Quién?
2. a) ¿Tiene actualmente algún tipo de afección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?
b) ¿Su capacidad de trabajo está reducida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Duración?
c) ¿Durante los últimos 5 años ha sido Ud. dado de baja en su trabajo durante más de 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo? ¿Por qué?
3. Padece Ud. o ha padecido de enfermedades, trastornos o afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Curación? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
a) ¿Del aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis, recurrentes o crónica, neumonía, tuberculosis u otras ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿Del corazón o del aparato circulatorio tales como: hipertensión, trastornos circulatorios, infarto de miocardio, fallo o insuficiencia cardíaca, palpitaciones, ataque cerebral, flebitis, varices u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Del sistema nervioso o psíquico tales como: epilepsia, vértigo, parálisis, neuritis, depresiones, u otras? ¿Ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ¿Del aparato digestivo tales como: hernia hiatal, úlcera de estómago o del intestino, inflamaciones, hemorragias, hemorroides ictericia, enfermedades, del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) ¿Del aparato urinario o genitales tales como: enfermedad de los riñones, de los uréteres, de la vejiga o de la próstata, cálculos, presencia de sangre o de albúmina en la orina u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ¿Del metabolismo o de la sangre tales como: diabetes, aumento del colesterol, del ácido úrico, enfermedades de la tiroides, trastornos hormonales, anemia, trastornos, de la coagulación u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) ¿Del sistema inmunitario o enfermedades infecciosas tales como: SIDA, infección VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, enfermedades tropicales u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) ¿De la piel tales como: eczema, alergias, psoriasis, micosis, cáncer de piel u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) ¿Del aparato locomotor (huesos, articulaciones, columna vertebral, discos intervertebrales, músculos, ligamentos, tendones) tales como: dolores dorsales, cervicales, de los hombros, artrosis, reumatismo u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) ¿De los ojos tales como: agudeza visual, trastornos oculares, afección de la retina u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dioptrías: izq. _____ der. _____
k) ¿De los oídos tales como: sordera, inflamación u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) ¿Otras enfermedades trastornos o molestias no citados anteriormente (ejemplo, enfermedad congénita, deformidad, tumor cáncer, etc.?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Señale lo que proceda	Si	No	Comentarios
4. Para personas de sexo femenino. a) ¿Está Ud. embarazada? En caso afirmativo, ¿el embarazo ha ranscurrido con normalidad hasta la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se ruega indicar nombre del médico tratante y su domicilio: Fecha prevista del parto _____
b) ¿Ha padecido Ud. alguna afección ginecológica o de los senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____ ¿Fecha? ¿Duración? ¿Curada?
5. ¿ha sufrido algún accidente, herida o intoxicación que haya requerido una hospitalización o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consecuencias?
6. a) ¿Le han efectuado alguna exploración, tratamiento u operación en un hospital o en cualquier institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Cuál?
b) ¿Le han prescrito o está previsto que Ud. realice una cura dietética, de reposo, de desintoxicación u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente o sometido a alguna operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ¿En el curso de los últimos 5 años ¿ha sido Ud. tratado o aconsejado por: Un psicoterapeuta (ej. psiquiatra, psicólogo)? Un quiropráctico o fisioterapeuta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) ¿Le han suministrado o prescrito medicamentos durante más de 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ¿Ha sido Ud. tratado con sustancias radioactivas o rayos? ¿Ha recibido alguna vez una transfusión sanguínea? ¿Cuándo? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Se ha sometido en el transcurso de los últimos años a exámenes especiales tales como radiografía, ultrasonidos, scanner o resonancia magnética, ecografía, electrodiagrama, electroencefa lograma, endoscopia u otros? ¿Cuándo? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Resultados?
8. ¿Se ha sometido Ud. a un test de detección de SIDA que haya dado positivo o probablemente positivo? ¿Cuándo? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. a) ¿Práctica Ud. algún deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____ ¿Frecuencia?
b) ¿Fuma Ud.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos por día?
c) ¿Consume Ud. Bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos por día?
d) ¿Toma Ud. analgésicos, somníferos, tranquilizantes u otros medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto por día? ¿Desde cuándo?
e) ¿Consume Ud. o ha consumido estupefacientes (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto por última vez?
10. a) ¿Cuál ha sido el último médico que consultó?	➔		¿Motivo? _____ ¿Cuándo?
b) ¿En el curso de los últimos 5 años ha consultado algún médico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Nombre del médico que mejor conoce su estado de salud?	➔		

Certifico haber contestado completa y verídicamente a las preguntas antes citadas. Autorizo a los médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la Compañía a darle a ésta las informaciones necesarias para esta propuesta o para la liquidación de un eventual siniestro.

Localidad y fecha

Firma de la persona a asegurar

Dirigido al médico examinador: Le agradeceríamos proceder al examen médico respondiendo a las preguntas de las páginas 3 y 4. Los exámenes complementarios no se abonarán a no ser que sean expresamente solicitados por la Compañía, bien mediante un formulario anexo o bien por carta separada.

Examen médico

Se ruega al médico dar detalles sobre los estados patológicos o anormales.

Señale lo que proceda	Si No	Comentarios															
11. a) Fecha del examen.	→	<input type="text"/>															
b) ¿Ha tratado o examinado Ud. ya a la persona a asegurar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuándo? ¿Motivo?															
c) ¿Es Ud. Pariente de la persona a asegurar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
12. a) Talla. (descalzo) / Peso. (desnudo)	→	<input type="text"/> cm. <input type="text"/> lbs.															
b) ¿La persona a asegurar tiene un aspecto sano que corresponde a la edad indicada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
13. Piel. a) ¿Tiene alguna afección cutánea. (ej. Erupción, tumor, ulceración y otra)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
b) ¿Existen cicatrices, nevos sospechosos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
14. Aparato respiratorio. ¿Tiene ronquera? ¿Tose?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo? ¿Causa?															
b) ¿Hay deformación de la caja torácica?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
c) ¿La percusión y la auscultación son anormales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
d) ¿Existen otros síntomas que indiquen una afección del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
15. Corazón y aparato circulatorio. a) ¿El choque de la punta es normal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
b) ¿Los ruidos del corazón (intensidad, desdoblamiento) son anormales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
c) ¿Se ausculta algún soplo cardíaco? Caso afirmativo: ¿sistólico? ¿Diastólico? ¿Punto máximo y propagación? ¿El soplo es orgánico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
d) ¿Tensión arterial, frecuencia del pulso? Si los valores son superiores a 140/90 mm Hg efectuar una nueva medida.	→	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">Pulsaciones/Minuto</td> <td style="width: 15%; border: none;"></td> <td style="width: 15%; border: none;">Tensión en mm Hg</td> <td style="width: 15%; border: none;">Sistólica</td> <td style="width: 15%; border: none;">Diastólica</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="text"/></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black; width: 60px;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">2da. medida</td> <td style="border: 1px solid black;"><input type="text"/></td> <td style="border: 1px solid black;"><input type="text"/></td> </tr> </table>	Pulsaciones/Minuto		Tensión en mm Hg	Sistólica	Diastólica	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>			2da. medida	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pulsaciones/Minuto		Tensión en mm Hg	Sistólica	Diastólica													
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>													
		2da. medida	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
e) ¿El pulso es irregular?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
f) ¿El pulso pedido está ausente o disminuido?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Bilateral?															
g) ¿Se perciben soplos vasculares?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
h) ¿Existen síntomas de insuficiencia o de descomposición. (disnea, cianosis, edema)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
i) ¿Existen várices?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Gravedad? ¿Extensión? ¿Ulceraciones? ¿Cicatrices?															
16. Aparato digestivo y abdomen. a) ¿La lengua, las mucosas, la faringe y las amígdalas tienen un aspecto anormal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
b) ¿El examen clínico, la palpación y la percusión del abdomen han revelado algo anormal. (Estómago, hígado, vesícula biliar, aorta, bazo, intestinos)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
c) ¿Existen síntomas de alguna afección del aparato digestivo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
d) ¿Hay alguna hernia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
e) ¿Existen indicios de una afección de los órganos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																

Señale lo que proceda	Si No	Comentarios
17. Órganos génito-urinaros. a) Análisis de orina: ¿presencia de albúmina? ¿presencia de azúcar? ¿sedimento?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	De resultar positivo, se ruega indicar valores cuantitativos Hematíes Leucocitos Otros <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Para personas de sexo masculino: ¿Existen indicios de una afección de los órganos genitales. (testículos, epidídimo, próstata)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Para personas de sexo femenino: ¿Hay indicios de afección de los órganos genitales o alguna alteración de los senos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
18. Sistema nervioso/órganos de los sentidos. a) ¿Existen indicios de afección de los órganos de los sentidos, esencialmente disminución de la agudeza visual o del oído?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) ¿Reflejos anormales. (pupilares, rotulianos, aquilianos, Babinski)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay razones para sospechar presencia de trastornos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. Esqueleto / aparato locomotor psíquicos o neurológicos? a) ¿Existen malformaciones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) ¿Hay indicios de una afección de la columna vertebral?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay afecciones de los músculos, de las articulaciones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
20. Diversos. a) ¿Hay aumento del volumen de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) ¿La glándula tiroides está agrandada o modificada?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay síntomas de trastornos hormonales. (ej. Glándulas suprarrenales, gónadas, tiroides)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) ¿Ha podido Ud. constatar otras afecciones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
21. a) ¿Hay indicios de alcoholismo, abuso de tabaco, de medicamentos o consumo de drogas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) ¿Las actividades y el modo de vida de la persona examinada son perjudiciales para su salud?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay otros factores de riesgo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) ¿Ha recomendado Ud. otras medidas. (nuevo control, exámenes, tratamiento, modo de vida)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
22. Apreciación final:	<input type="checkbox"/> →	
Observaciones:	<input type="checkbox"/> →	
Importante: Se ruega abstenerse de hacer al candidato cualquier comentario que pudiera perjudicar la decisión del asegurador.		
Declaro haber examinado e interrogado a la persona a asegurar y haber respondido con toda buena fe a las preguntas que preceden.		
Localidad y fecha: <input type="text"/>	El médico examinador <input type="text"/>	