

## DECLARACIÓN DE SALUD

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE LOS ANTECEDENTES DE SALUD, SUYOS Y DE SUS DEPENDIENTES.

La veracidad de su información nos permitirá servirle mejor.

### SECCIÓN A

#### 1- ALGUNO DE LOS PROPUESTOS AFILIADOS HA TENIDO ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE:

		Si	No			Si	No
1	VISIÓN			8	CONVULSIONES		
2	AUDICIÓN			9	DOLORES DE CABEZA		
3	RINITIS			10	CATARATA		
4	VÉRTIGO			11	MIOPIA		
5	OBSTRUCCIÓN NASAL			12	ASTIGMATISMO		
6	SINUSITIS			13	GLAUCOMA		
7	AMIGDALITIS			14	TRASTORNOS DE RETINA		
		Si	No			Si	No
15	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN			23	GASTRITIS		
16	HIPERTENSIÓN ARTERIAL			24	ULCERA		
17	COLESTEROL			25	ESOFAGITIS		
18	TRIGLICÉRIDOS			26	HERNIA HIATAL		
19	ACIDO ÚRICO ALTO			27	CÁLCULOS DE VESÍCULA		
20	GOTA			28	HÍGADO		
21	DIABETES			29	PÁNCREAS		
22	VIRUS DEL HERPES			30	COLON IRRITABLE		
				31	HEMORROIDES		
				32	SANGRADO EN LA DEPOSICIÓN		
		Si	No			Si	No
33	OSTEOPOROSIS			39	INFECCIONES URINARIAS		
34	ARTRITIS			40	CÁLCULOS		
35	PROBLEMAS DE COLUMNA			41	ENFERMEDADES DEL RIÑÓN		
36	HERNIA DISCAL			42	PRÓSTATA		
37	CADERA			43	TOS O FLEMA CRÓNICA		
38	ENFERMEDADES ÓSEAS			44	ASMA		
				45	BRONQUITIS		
				46	TUBERCULOSIS		
		Si	No			Si	No
47	ACNÉ			55	INFERTILIDAD		
48	VARICES			56	INCONTINENCIA URINARIA		
49	SIDA			57	QUISTES		
50	TUMORES			58	SANGRADOS GENITALES IRREGULARES		
51	CÁNCER			59	PROBLEMAS DE MAMAS		
52	HEMOFILIA						
53	INFECCIONES FRECUENTES						
54	CICATRICES						

#### 2- ESPECIFIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS: (Use lenguaje sencillo sino recuerda con claridad la información médica)

Número de pregunta afirmativa	Nombre de quien presenta la enfermedad, problema o trastorno	Tipo de enfermedad, problema o trastorno	Año de Diagnóstico o inicio del problema	Nombre, dirección teléfono, e mail de Médicos/ hospitales

**SECCIÓN B**

1- ¿EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS USTED O ALGUNO DE LOS PROPUESTOS AFILIADOS DEPENDIENTES?

		Si	No	Detalle el motivo / resultados
1	Ha estado Hospitalizado			
2	Ha sido sometido a cirugía			
3	Tiene pendiente realizarse alguna cirugía			
4	Toma algún medicamento regularmente o a diario			
5	Se ha realizado un chequeo médico de rutina			
6	Tiene algún defecto o secuela debido a un accidente, enfermedad general o congénita			
7	Se ha sometido a una prueba de VIH, indique año y resultado			

2- ¿USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES SON FUMADORES ACTIVOS ? SI  NO

Indique la (s) persona (s), cantidad y frecuencia del hábito de fumar

	Nombres y Apellidos	Cantidad y frecuencia
1		
2		
3		

3- ¿DEJÓ DE FUMAR USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES? SI  NO

	Nombre	¿Hace cuanto tiempo dejó de fumar?				
		1 año	2 años	3 años	5 años	10 años
1						
2						
3						

**SECCIÓN C**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

1- Indique las enfermedades en su familia:

	Detalle las enfermedades	Edad	Vive	Falleció	Motivo de Fallecimiento
Madre					
Padre					
Hermanos					

NOTA: PLUS MEDICAL SERVICES S.A. se reserva el derecho de solicitar ampliación de información médica sobre la declaración de salud efectuada, en caso de ser necesario.  
La información contenida en la declaración de salud forma parte integrante del contrato.

**CONTRATANTE**

**ASESOR COMERCIAL**

C.I. \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DE PLUS MEDICAL SERVICES S.A.**

**AUDITORÍA MÉDICA**

APROBADA

DEVUELTA

RECHAZADA

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
**Auditor Médico**