

## 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			31		
2			32		
3			33		
4			34		
5			35		
6			36		
7			37		
8			38		
9			39		
10			40		
11			41		
12			42		
13			43		
14			44		
15			45		
16			46		
17			47		
18			48		
19			49		
20			50		
21			51		
22			52		
23			53		
24			54		
25			55		
26			56		
27			57		
28			58		
29			59		
30			60		
			61		

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

No. de pregunta afirmativa	Nombre de quien presenta la enfermedad, problema o trastorno	Tipo de enfermedad, problema o trastorno	Año del Diagnost. o inicio de problema	Nombre, dirección teléfono, email de médicos/hospitales

## SECCIÓN B

1- DECLARE USTED O ALGUNO DE LOS PROPUESTOS AFILIADOS DEPENDIENTES LO SIGUIENTE:

		SI	NO	Año	Detalle el motivo/resultados	Especifique diagnóstico y otros elementos aclaratorios
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 algún chequeo medico 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					

## SECCIÓN C

### ANTECEDENTES FAMILIARES

1- Indique las enfermedades en su familia:

FAMILIA	Detalle las enfermedades	Edad	Vive	Falleció	Motivo de Fallecimiento
Padre					
Madre					
Hermanos					
Otros (Especifique)					

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/BROKER**

\_\_\_\_\_

C.I.

\_\_\_\_\_

C.I.

**USO EXCLUSIVO DE PLUS MEDICAL SERVICES S.A. AUDITORÍA MÉDICA/ DPTO EMISIONES**

APROBADA

DEVUELTA

RECHAZADA

**OBSERVACIONES:**

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_

**AUDITOR MÉDICO**

\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO DE EMISIONES**