

Declaración de Salud

Nombre del plan Fundamental Superior Royal Max Platinum No. Afiliado

Datos del Solicitante

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Apellido de casada

Documento identificación Cédula Pasaporte No.

Teléfono Casa

Oficina

Celular

¿Esta Usted (su esposa) embarazada? Si No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas?

Semanas

Usted o algún familiar padece o ha padecido de las enfermedades siguientes: (marca con una X)

- | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Enfem. de los Riñones | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de la Próstata | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |

Fuma Usted: Cigarrillo Puro Pipa Unidades diaria:

¿Desde hace cuanto?

Meses ó

Años

¿Ha padecido Usted o alguno de sus dependientes de alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres (3) meses? Si No

En caso afirmativo, ¿Especifique quién y el tipo de lesión o enfermedad?

¿Consumo Usted bebidas alcohólicas? Si No

En caso afirmativo, con que frecuencia las consume

Diario

Semanal

Mensual

¿Consumo Usted o ha consumido alguna vez estupefacientes? Si No

En caso afirmativo, especifique

Se ha recomendado a Usted o alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento? Si No

En caso afirmativo, detalle:

1.Nombre del paciente

Fecha

d d / m m / a a a a

Nombre del médico

Tratamiento o Int. Quirúrgica

2.Nombre del paciente

Fecha

d d / m m / a a a a

Nombre del médico

Tratamiento o Int. Quirúrgica

3.Nombre del paciente

Fecha

d d / m m / a a a a

Nombre del médico

Tratamiento o Int. Quirúrgica

4.Nombre del paciente

Fecha

d d / m m / a a a a

Nombre del médico

Tratamiento o Int. Quirúrgica

Firma del Solicitante

Fecha de la solicitud