SEGUROS AGROMERCANTIL BAM

EXAMEN MEDICO

El médico examinador debe solicitar al candidato del seguro identificación satisfactoria antes de proceder con el examen:

PARTE I DECLARACIÓN DEL CANDIDATO

1. Nombres:	2. Apellidos:
3. Fecha de Nacimiento:	4. Documentos de Identificación No.:
5. Ocupación actual:	6. Tiempo de Ejercerla:
7. Dirección particular:	8 . Teléfono:

9. Padece actualmente de alguna enfermedad grave? SI___ NO___ ¿Cuál?	Amplíe detalles a las respuestas afirmativas				
	Clase	**Cantidad**	**Frecuencia**	**Desde Cuando**	**Hasta cuando**
10. a) Ingiere bebidas alcohólicas? SÍ____ NO____					
b) Las ha ingerido anteriormente? SÍ____ NO____					
11. a) Usa drogas llamadas narcóticos o estimulantes? SÍ__ NO__					
b) Ha usado drogas anteriormente? SÍ__ NO__					
12. a) Fuma cigarrillos, cigarros o pipa? SÍ__ NO__					
b) Ha fumado anteriormente? SÍ__ NO__					

13. Ha cambiado su peso en el ultimo año? SÍ__ NO__	Libras aumentadas Causa:
	Libras disminuidas Causa:
14. Ha recibido Ud. de una Cia. de Seguros o de otra institucion alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad? SÍ__ NO__	Detalle:

15. Ha faltado a su trabajo en lo dos últimos años por motivo de enfermedad SÍ__ NO__ Detalle:

16. Se le ha aconsejado alguna vez cambio de residencia u ocupación por motivos de salud, o lo ha efectuado usted? SI___ NO___
Detalle:

17. Le ha sido rechazada, estraprimada o pospuesta alguna solicitud de seguro? SI___ NO___ Detalle:

18. HISTORIA FAMILIAR: (Padres, abuelos, tíos, hermanos)

A) Ha habido o existen en su familia casos de:

Especifique: _____

a) Diabetes mellitus	SI___ NO___
b) Epilepsia	SI___ NO___
c) Cáncer	SI___ NO___
d) Demencia	SI___ NO___
e) Enfermedades del aparato circulatorio (incluyendo hipertensión)	SI___ NO___
f) Suicidio	SI___ NO___
g) Enfermedades Infecciosas (especialmente tuberculosis pulmonar)	SI___ NO___
h) SIDA	SI___ NO___

B)	FAMILIARES VIVIENTES		FAMILIARES FALLECIDOS	
Parentesco	Edad	Estado de Salud (Si no es bueno, dar detalles)	Edad a su muerte	Causa de su muerte
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hermanos				

19. a) Ha sido operado? SI___ NO___ Fecha de Operación:_____ Centro Asistencial:_____ Causa:_____

b) Tiene pendiente alguna operación? SÍ____ NO____ Explique: _____

20. a) Médicos que ha consultado en los últimos cinco años: _____

Fecha de su ultima consulta: _____ Padecimiento: _____

b) Odontólogos consultados: Dr. _____ Dirección: _____

Dr. _____ Dirección: _____

21. Padece o ha padecido de:

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Diabetes mellitas			Tuberculosis			Enfermedad de la vesícula biliar		
Colitis			Bronquitis crónica o Asma			Enfermedades de la vejiga		
Gastritis			Angina de pecho			Perdida del conocimiento		
Ulcera del estomago			Enfermedad de la circulación			Acido úrico elevado (gota)		
Ulcera de duodeno			Tensión arterial alta o baja			Chanero, gonorrea, Sífilis		
Tumor o cáncer			Enfermedades de la tiroides			Trastornos del Sistema nervioso		
Epilepsia			Enfermedades del Hígado			Infarto del Corazón		
Fiebre reumática			Enfermedades de los riñones			Otras enfermedades del corazón		
Reumatismo o artritis			Enfermedades de la Próstata			Otras enfermedades o lesiones graves		
Hepatitis B y/o C			Enfermedades de los huesos					