

22. Ha estado internado en algún Hospital o Clínica? Sí _____ NO _____	23. Se le han hecho estudios con Rayos X Sí _____ NO _____	24. Se le han practicado electrocardiogramas? Sí _____ NO _____
---	---	--

23. Le han hecho: endoscopias, resonancias, tomografías, ultrasonidos, ecografías u otros procedimientos diagnósticos? Sí _____ NO _____
Cuales, Cuando, Diagnósticos? _____

24. Actualmente toma algún medicamento? Sí _____ NO _____ Clase: _____
Para que? _____

25. Ha consultado usted a un medico o fue tratado por alguien a causa o sospecha de SIDA Sí _____ NO _____ Por quién y Resultado: _____
Sufrió o esta sufriendo de los siguientes síntomas: fiebre, permanente o en intervalos, sudoración nocturna, pérdida inexplicable de peso, cansancio, fatiga,
decaimiento corporal, tumefacciones de los ganglios linfáticos, diarrea, alteraciones dermatológicas inexplicables, tos o dificultades para respirar? Sí _____ NO _____
En caso afirmativo, quien lo trato a quien consulto al respecto? _____ ¿Cuando y donde? _____
Le han administrado transfusiones sanguíneas y/o derivados de la sangre? Sí _____ NO _____ ¿Cuando y donde? _____

26. En caso de ser mujer se contestará además:

a) Ha tenido alguna enfermedad en los pechos, matriz, ovarios?	Sí _____	NO _____
b) Ha llegado a la menopausia?	Sí _____	NO _____
c) Son sus menstruaciones regulares y normales?	Sí _____	NO _____
d) Ha sido esterilizada?	Sí _____	NO _____
e) ¿Cuantos hijos ha tenido? _____ ¿Cuantos viven? _____		

Amplie detalles sobre las respuestas afirmativas de arriba (del No. 18 al 27) *Si el espacio es insuficiente amplíe la información en hoja adicional.

No.	Operación, Consulta, Padecimiento o Accidente	Fecha	Resultado	Nombre y Dirección del Medico

Juro que todas las respuestas que proporcioné al médico que realizó el examen y que aparecen en este cuestionario, aunque no fueran escritas por mi, son ciertas y exactas; las emití para que fueran tomadas en cuenta para realizar la evaluación de la solicitud de seguros que presenté a la compañía de seguros, por lo que estoy totalmente enterado (a) que dicha compañía tiene el derecho de cancelar el contrato de seguro o de negar el pago de la reclamación, si fuera el caso, si en alguna de ellas hay alguna falsedad o inexactitud.

AUTORIZACIÓN

Extiendo una autorización amplia e incondicional a la compañía de seguros para que requiera a quien posea información sobre tratamientos, diagnósticos, pruebas y en general cualquier información referente a mi persona que crea importante para evaluar mi solicitud de seguro. Al mismo tiempo, libero a la persona o cualquier institución que proporcionen tal información de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de tal hecho. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y valida como el original.

Fecha: _____ f. _____ f. _____

LEA CUIDADOSAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE FIRMAR

Testigo

Propuesto Asegurado

PARTE II-EXPLORACION FISICA

29. a) Esta ud. Emparentado con el candidato? Sí _____ NO _____ 30. Conoce Usted al candidato? Sí _____ NO _____
b) Con el agente? Sí _____ NO _____ Desde cuando? _____

31. **ASPECTO FISICO:** **FAVOR DETALLAR**

a) Que edad representa? _____ años _____

b) Su aspecto es de persona sana? Sí _____ NO _____ _____

c) Existe alguna deformidad, cicatriz o marca que pueda servir para identificarlo? Sí _____ NO _____ _____

d) Hay paresias o parálisis? Sí _____ NO _____ _____

e) Se aprecia algún trastorno de las facultades psíquicas? Sí _____ NO _____ _____

f) Existe algún dato en el aliento, dientes,dedos del solicitante que indique que fume? Sí _____ NO _____ _____

32. PESO Y MEDIDAS	33. TENSIÓN ARTERIAL: (Método Auscultatorio)
a) Estatura sin zapatos _____ METROS	Tensiómetro usado _____
b) Peso sin ropa _____ LIBRAS	BRAZO : Derecho _____ Izquierdo _____ Aneroide _____
c) Medida del pecho a nivel de las axilas:	Acostado _____/_____ _____/_____ Electrónico _____
1. En inspiración forzada _____	De Pie _____/_____ _____/_____ Mercurio _____
2. En inspiración completa _____	
d) Medida del abdomen a nivel del ombligo _____	(Si es sobre 145 sistólicas 90 diastólicas, por favor repita
e) Midió y pesó usted al candidato? Sí _____ NO _____	toma al final del examen y anote en 2da. Lectura)