

CUESTIONARIO DE SALUD
sin examen médico

Se ruega al proponente que conteste veraz y legiblemente a todas las preguntas

- 1.- a) Nombres y Apellidos _____
 b) Lugar y Fecha de Nacimiento : _____ No. Identidad: _____
 c) Domicilio: _____ Estado Civil : _____
 d) Profesión (actividad exacta) Actual: _____ Anterior : _____
 e) ¿ Qué deportes practica ? _____ ¿ Con Competición ? _____

SI NO

Observaciones :

- 2.- a) ¿Cuál es su peso ? _____ Lbs. Estatura _____ Mts.
 b) Ha variado su peso en los _____ Aumento _____ Lbs. Disminución _____
 últimos 5 años ? Causa _____
 c) Consume Ud. bebidas alcohólicas ?
 ¿ Cuáles ? ¿ Cuanto diariamente ? _____
 d) ¿ Fuma Ud. ? ¿ Cantidad diaria ? Cigarrillos _____ Puros _____ Pipas _____
 e) ¿ Hace o ha hecho uso de estupefacientes
 o estimulantes ? ¿ Cuáles ? _____ ¿ Hasta cuándo ? _____
 f) ¿ Ha viajado usted o piensa viajar al
 extranjero ? ¿ Duración ? _____ ¿ Donde ? _____
 ¿ Cuándo ? _____ ¿ Por qué ? _____

- 3.- a) ¿ Tiene Ud. que ser hospitalizado
 próximamente ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Por qué ? _____
 b) ¿ Le han prescrito medicamentos para
 el corazón o la circulación, hipertensión,
 anticoagulantes, antibióticos, insulina,
 hormonas, derivados de la cortisona,
 inyecciones, etc. ? ¿ Cuándo ? _____
 ¿ Por qué ? _____
 ¿ Cuáles ? _____
 c) ¿ Toma Ud. medicamentos contra el
 dolor de cabeza o cualquier otro dolor,
 somníferos o tranquilizantes ? ¿ Cuáles ? _____
 ¿ Frecuencia ? _____
 d) ¿ Le han prescrito una cura de reposo,
 de desintoxicación, una cura dietética o
 de algún otro tipo ? ¿ Cuánto tiempo ? _____ ¿ Cuándo ? _____
 Motivo _____
 e) ¿ Ha recibido alguna transfusión ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Por qué ? _____
 f) ¿ Le han recomendado no donar sangre ? ¿ Por qué ? _____

- 4.- ¿ Ha sido Ud. sometido a algún exámen radioló-
 gico ? (Tórax, aparato digestivo, vías urinarias,
 esqueleto, etc.) ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 ¿ Le han hecho o recomendado alguna vez :
 a) un electrocardiograma o prueba de esfuerzo ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 b) un electroencefalograma ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 c) un análisis de sangre ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 d) un análisis de orina ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 e) un test del SIDA ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 f) una ecografía ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 g) un estudio de isótopos radioactivos ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 h) una endoscopia ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 i) algún otro tipo de examen ? ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____

- 5.- a) ¿ Tiene Ud. alguna enfermedad ? ¿ Cuál ? _____
 b) ¿ Su capacidad de trabajo está reducida ? ¿ Por qué ? _____
 ¿ Desde cuándo ? _____
 c) ¿ Ha estado Ud. incapacitado en los últimos 5 años,
 durante más de 3 semanas consecutivas ? ¿ Duración ? _____ Motivo _____

6.- ¿ Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer

diabéticos u otras enfermedades de posible

carácter hereditario ?

SI NO

¿Cuáles ? _____

7.- ¿ Tiene Ud. o ha tenido, alguna de las enfermedades o trastornos siguientes ?

SI NO

- a) **Afecciones de los órganos respiratorios:** ¿ Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresia, neumonía, tuberculosis pulmonar ?
- b) **Afecciones del aparato circulatorio:** ¿ Infartos; palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardiaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, várices ?
- c) **Afecciones del aparato o del sistema nervioso :** ¿ Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia ?
- d) **Afecciones del aparato digestivo :** ¿ Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, proctitis, fistulas del recto, diarrea crónica ?
- e) ¿ Enfermedades de los oídos ? ¿ Supuración ?
- f) ¿ Enfermedades de los ojos ? ¿ Inflamaciones, trastornos de la vista (grado) ?
- g) ¿ Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática ?
- h) ¿ Enfermedades de la piel ?
- i) ¿ Edema o supuración o aumento de volúmen de los gánglios linfáticos ?
- j) **Afecciones urinarias o de los órganos genitales :** ¿ Enfermedad de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata, ¿ Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas ?
- k) ¿ Enfermedades venéreas o sea sexualmente transmisibles ?
- l) ¿ Enfermedades infecciosas : Escarlatina, difteria, amigdalitis de repetición, meningitis, fiebres; tifoidea, septicemia, hepatitis, SIDA, o tropicales (malaria, dengue, etc) ?
- m) ¿ Enfermedades o trastornos citados anteriormente, por ejemplo enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, alergias, etc.?

8.- a) ¿ Ha sido Ud. sometido a alguna intervención quirúrgica ?

b) ¿ Ha sufrido Ud. algún tratamiento con Rayos X, sustancia radioactivas, etc. ?

c) ¿ Ha sido Ud. víctima de algún accidente grave o intoxicación ? (En caso de traumatismo craneal indicar si hubo coma o pérdida de conocimiento y su duración)

d) ¿ Ha sido Ud. tratado por un psiquiatra, psicólogo o un fisioterapeuta ?

e) ¿ Ha sido Ud. tratado por algún otro tipo de médico ?

9.- Para personas del sexo femenino.

a) ¿ Toma Ud. anticonceptivos o emplea dispositivo intrauterino ?

b) ¿ Está Ud. embarazada ? _____ De cuántos meses ? _____ El embarazo transcurre normalmente ?

c) ¿ Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, senos, etc.) ?

d) ¿ Quién es su Ginecólogo ? _____

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas del apartado del 7 a) a 9 c), especifique detalles	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuelas?	Nombre y dirección del médico tratante

10.- ¿ Quién es su médico de cabecera ? _____

¿ Quién es el médico que le ha tratado por última vez ? ¿ Cuándo ? ¿ Por qué ? _____

11.- ¿ Tiene alguna otra cosa que declarar sobre su salud ? _____

AUTORIZACION

Las contestaciones y declaraciones que anteceden han sido escritas o dictadas personalmente y son completas y verdaderas, por lo tanto: Autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, Instituto Hondureño de Seguridad Social y Laboratorios que me hayan asistido o reconocido o que puedan asistirme o reconocermme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a la Compañía las Informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como original.

_____ el _____ de _____ del 200 _____

 Firma del Solicitante

 Firma del Agente