

**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 : _____
 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 últimos 5 años ? SI NO Aumento _____ Lbs. Disminución _____
 Causa _____
 c) Consume Ud. bebidas alcohólicas ?
 ¿ Cuáles ? ¿ Cuanto diariamente ? SI NO _____
 d) ¿ Fuma Ud. ? ¿ Cantidad diaria ? SI NO Cigarrillos _____ Puros _____ Pipas _____
 e) ¿ Hace o ha hecho uso de estupefacientes o estimulantes ? SI NO ¿ Cuáles ? _____ ¿ Hasta cuándo ? _____
 f) ¿ Ha viajado usted o piensa viajar al extranjero ? SI NO ¿ Duración ? _____ ¿ Donde ? _____
 ¿ Cuándo ? _____ ¿ Por qué ? _____

- 3.- a) ¿ Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente ? SI NO ¿ 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. ? SI NO ¿ Cuándo ? _____
 ¿ Por qué ? _____
 ¿ Cuáles ? _____
 c) ¿ Toma Ud. medicamentos contra el dolor de cabeza o cualquier otro dolor, somníferos o tranquilizantes ? SI NO ¿ Cuáles ? _____
 ¿ Frecuencia ? _____
 d) ¿ Le han prescrito una cura de reposo, de desintoxicación, una cura dietética o de algún otro tipo ? SI NO ¿ Cuánto tiempo ? _____ ¿ Cuándo ? _____
 Motivo _____
 e) ¿ Ha recibido alguna transfusión ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Por qué ? _____
 f) ¿ Le han recomendado no donar sangre ? SI NO ¿ Por qué ? _____

- 4.- ¿ Ha sido Ud. sometido a algún examen radiológico ? (Tórax, aparato digestivo, vías urinarias, esqueleto, etc.) SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 ¿ Le han hecho o recomendado alguna vez :
 a) un electrocardiograma o prueba de esfuerzo ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 b) un electroencefalograma ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 c) un análisis de sangre ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 d) un análisis de orina ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 e) un test del SIDA ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 f) una ecografía ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 g) un estudio de isótopos radioactivos ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 h) una endoscopia ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____
 i) algún otro tipo de examen ? SI NO ¿ Cuándo ? _____ ¿ Resultado ? _____

- 5.- a) ¿ Tiene Ud. alguna enfermedad ? SI NO ¿Cuál ? _____
 b) ¿ Su capacidad de trabajo está reducida ? SI NO ¿ Por qué ? _____
 ¿ Desde cuándo ? _____
 c) ¿ Ha estado Ud. incapacitado en los últimos 5 años, durante más de 3 semanas consecutivas ? SI NO ¿ 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, los acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresia, neumonía, tuberculosis pulmonar ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Afecciones del aparato circulatorio: ¿ Infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardiaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, várices ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Afecciones del aparato o del sistema nervioso : ¿ Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psicóicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿ Enfermedades de los oídos: ? ¿ Supuración ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) ¿ Enfermedades de los ojos ? ¿ Inflammaciones, trastornos de la vista (grado) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) ¿ Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) ¿ Enfermedades de la piel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) ¿ Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) ¿ Enfermedades venéreas o sea sexualmente transmisibles ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) ¿ Enfermedades infecciosas : Escarlatina, difteria, amigdalitis de repetición, meningitis, fiebres, tifoidea, septicemia, hepatitis, SIDA, o tropicales (malaria, dengue, etc) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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. ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 8.-
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿ Ha sido Ud. sometido a alguna intervención quirúrgica ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿ Ha sufrido Ud. algún tratamiento con Rayos X, sustancia radioactivas, etc. ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿ Ha sido Ud. tratado por un psiquiatra, psicólogo o un fisioterapeuta ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) ¿ Ha sido Ud. tratado por algún otro tipo de médico ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 9.- Para personas del sexo femenino.
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) ¿ Toma Ud. anticonceptivos o emplea dispositivo intrauterino ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿ Está Ud. embarazada ? _____ De cuántos meses ? _____ El embarazo transcurre normalmente ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿ Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, senos, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿ Quién es su Ginecólogo ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 reconocirme 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