

**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 ?

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
| a) <b>Afecciones de los órganos respiratorios:</b> ¿ Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, los acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresia, neumonía, tuberculosis pulmonar ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) <b>Afecciones del aparato circulatorio:</b> ¿ Infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardiaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, várices ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) <b>Afecciones del aparato o del sistema nervioso :</b> ¿ Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psicóicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia ?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) <b>Afecciones del aparato digestivo :</b> ¿ 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 volúmen de los gánglios linfáticos ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) <b>Afecciones urinarias o de los órganos genitales :</b> ¿ 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 ?

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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