

Médico Hospitalario

Código: SPN-F.GTP-60

Nombre del contratante: \_\_\_\_\_

Máximo Vitalicio (Gastos Médicos): \_\_\_\_\_ No. de Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Certificado: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO TITULAR:**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada
Cédula de identidad <input type="checkbox"/>	Carnet residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. identificación	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Nacionalidad:	Profesión u oficio:			
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>

**DEPENDIENTES ECONOMICOS (Cónyuge e hijos) PARA EL PLAN MEDICO HOSPITALARIO Y/O DENTAL (Si aplica)**

Nombre completo	Fecha de alta	Parentesco	Fecha de nacimiento	Peso (Libras)	Estatura (Metros)

**CUESTIONARIO DE SALUD:**

Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes, (Conteste Si o No con su puño y letra). Si la respuesta es afirmativa, especifique en la línea de la derecha el nombre de la persona a quien aplica.	<b>Si o No</b>	<b>NOMBRE(S)</b>
--	----------------	------------------

- a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?   \_\_\_\_\_
- b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco, tensión arterial elevada o baja, enfermedad de Chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio?   \_\_\_\_\_
- c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos mentales, depresiones nerviosas, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?   \_\_\_\_\_
- d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fístula de recto u otras enfermedades del aparato digestivo?   \_\_\_\_\_
- e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Zumbido de los oídos? ¿Síndrome de Meniere?   \_\_\_\_\_
- f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?   \_\_\_\_\_
- g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?   \_\_\_\_\_
- h) ¿Enfermedades o defectos congénitos? ¿Problemas en la tiroides? ¿Edemas, inflamaciones de los ganglios linfáticos?   \_\_\_\_\_
- i) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada? ¿Lunares que han crecido, cambiado de color o que pican, lesiones bucales u orales, cambios de coloración en los tejidos de la boca, vitiligo?   \_\_\_\_\_
- j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Cálculos renales? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas?   \_\_\_\_\_

- k) ¿Infecciones de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras?   \_\_\_\_\_
- l) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna?   \_\_\_\_\_
- m) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)?   \_\_\_\_\_
- n) ¿Enfermedades o trastornos no citados anteriormente; por ejemplo, enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, quistes, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.?   \_\_\_\_\_

2. a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

b) ¿Ha recibido transfusiones de sangre y/o derivados de sangre? ¿Cuándo? ¿Por qué? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

c) ¿Ha recibido algún tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

d) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

3. a) ¿Ha sido tratado por un psicólogo, psiquiatra o un fisioterapeuta? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

b) ¿Ha sido tratado por algun otro tipo de médico? ¿Por qué? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

c) ¿Ha recibido de otra compañía de seguros u otra institución alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

4. ¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por qué? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

5. ¿Usa drogas catalogadas como estimulantes o narcóticos? ¿Utiliza ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieran prescripción médica? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

**6. Para personas de sexo femenino:**

a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? ¿El embarazo transcurre normalmente? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de los senos? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

c) ¿Se demora su menstruación más de 35 días? ¿Cuanto dura su ciclo menstrual? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

d) ¿Hace cuanto se practicó la última citología? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

**7. Antecedentes Covid-19:**

a) ¿Ha tenido usted en los últimos 03 meses contacto epidemiológico \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_  
con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

b) ¿En los últimos 03 meses ¿Ha resultado positivo para COVID-19? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

c) ¿En los últimos 03 meses ¿Por consejo médico ha estado auto-aislado con algunos síntomas? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

d) ¿Ha presentado usted manifestaciones clínicas características de COVID-19, como tos seca, fiebre, dificultad para respirar, dolor torácico, pérdida del gusto (ageusia) o pérdida del olfato (anosmia)? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativo, ¿Qué tratamiento recibió? \_\_\_\_\_

f. ¿Recibe usted algún tratamiento para el manejo de secuelas de COVID-19? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

g. En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, ¿Se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales? \_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de la 1 a la 6, especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuela?

**MUY IMPORTANTE PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERSE ANTES DE FIRMAR)**

Se advierte que conforme al artículo 1141 y 1143 del código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla. La omisión en las declaraciones o la inexactitud o falsedad de estas respecto a los hechos que se preguntan, podría originar la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones. AUTORIZO por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a: INTERAMERICANA DE SEGUROS, S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevandolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.

Autoriza a LA COMPAÑÍA, para que los documentos que acreditan la celebración de la póliza de Seguros, incluyendo las Condiciones Generales así como cualquier modificación realizada, pueden ser enviados al correo electrónico indicado en esta solicitud.

\_\_\_\_\_ Firma del solicitante

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_