



(Para ser llenado por el solicitante)

Día Mes Año

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: | | |

Mencione qué familiares en línea directa (padres, hermanos e hijos) sufren o han sufrido de diabetes:

Fecha en que fue diagnosticada la diabetes: \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio del médico encargado del tratamiento: \_\_\_\_\_

¿En qué consiste su tratamiento actual, si es que sigue alguno? \_\_\_\_\_

¿Con qué periodicidad acude usted al médico para control? \_\_\_\_\_

¿Qué medios usa usted para conocer sus niveles de azúcar en orina o sangre?

Cintas reactivas  Laboratorio  Otros

Indicar cual: \_\_\_\_\_

Indicar la frecuencia con la que se realiza dicho control: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la cantidad más alta de azúcar que se le ha encontrado en la sangre? \_\_\_\_\_

Indique la fecha: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de la última dosificación de azúcar en la orina: \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún coma diabético? \_\_\_\_\_ ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido de angina de pecho, insuficiencia coronaria, infarto del miocardio o hipertensión arterial?

¿En qué fecha? \_\_\_\_\_

Suplicamos a usted se sirva facilitarnos, con carácter devolutivo, electrocardiogramas, radiografías de tórax y copias fotostáticas de sus recetas y resultados de análisis del último año, para facilitar el trámite.

Por medio de la presente manifiesto que las respuestas a todas las preguntas son veraces y estoy de acuerdo con que formen parte de mi solicitud y contrato de seguro.

Día Mes Año

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha | | |

Nombre y firma del solicitante