

Las preguntas debe formularlas el Médico examinador, anotando las contestaciones con tinta negra y de su puño y letra. Este examen médico será practicado de preferencia en el consultorio médico y siempre en privado. Es de carácter estrictamente confidencial, por lo que el Médico examinador no debe externar ninguna opinión personal al examinado ni al agente de seguros. Debe ser remitido directamente a la Compañía junto con la muestra de orina que se recoja o el resultado de la misma en caso de instrucciones en este sentido por parte de la Compañía.

**Datos del Solicitante**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento 

Día	Mes	Año

Ocupación Actual \_\_\_\_\_ Lugar de residencia últimos cinco años \_\_\_\_\_

Ha habido en su familia casos de:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| Cáncer <input type="checkbox"/>                   | Presión arterial alta <input type="checkbox"/>       | Suicidio <input type="checkbox"/>                       |
| Diabetes <input type="checkbox"/>                 | Enfermedades de los riñones <input type="checkbox"/> | Otras enfermedades importantes <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades del Corazón <input type="checkbox"/> | Enfermedades mentales <input type="checkbox"/>       | (Especificar) _____                                     |

**Historia Familiar**

Parentesco	Edad o Núm. de Vivos	Estado de Salud	Edad a su muerte ó Núm. de muertos	Causa de la Muerte
a) Padre	Edad		Edad a su muerte	
b) Madre	Edad		Edad a su muerte	
c) Hermanos	Núm. de Vivos		Núm. de Muertos	
d) Cónyuge	Edad		Edad a su muerte	
e) Hijos	Núm. de Vivos		Núm. de Muertos	

**Hábitos**

a) ¿En qué año empezó a fumar? \_\_\_\_\_

b) Número de cigarrillos diarios que fuma o fumaba \_\_\_\_\_

c) ¿En que año dejó de fumar? \_\_\_\_\_

d) ¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

e) ¿Fuma usted actualmente? Sí  No

a) ¿Ingiere usted bebidas alcohólicas? Sí  No

b) ¿Clase? \_\_\_\_\_

c) Cantidad \_\_\_\_\_

d) Frecuencia Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual

e) Si dejo de beber señale la fecha y la causa \_\_\_\_\_

f) ¿Cuánto bebía antes? (Clase, cantidad y frecuencia ) \_\_\_\_\_

a) Alguna vez ha usado usted marihuana, heroína, morfina, cocaína, barbitúricos, anfetaminas, L.S.D. o cualquier otro tipo de drogas psicoactivas ?

Sí  No

b) En caso afirmativo, señalar fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión \_\_\_\_\_

¿ Ha variado su peso durante el último año? Sí  No

Kilogramos aumentados \_\_\_\_\_ Kilogramos disminuidos \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinete, diagnóstico, tratamiento, evolución, secuelas, nombre y domicilio del médico tratante etc.

## Cuestionario Médico

### Antecedentes patológicos y enfermedades actuales:

- 1) ¿ Padece actualmente alguna enfermedad ? Sí  No
- 2) ¿ En los últimos 24 meses a consultado a algún médico ? Sí  No
- 3) ¿Esta usted sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico ? Sí  No

### Padece o ha padecido de:

- 4) ¿ Algún soplo en el corazón ? Sí  No
- 5) ¿ Dolor en el pecho o en el tórax ? Sí  No
- 6) ¿ Infarto en el corazón ? Sí  No
- 7) ¿ Alguna otra enfermedad del corazón? Sí  No
- 8) ¿ Enfermedades de la circulación ? Sí  No
- 9) ¿ Presión arterial alta ? Sí  No
- 10) ¿ Bronquitis crónica ? Sí  No
- 11) ¿ Asma ? Sí  No
- 12) ¿ Astenia, adinamia y anorexia ? Sí  No
- 13) ¿ Tuberculosis ? Sí  No
- 14) ¿ Ulcera del estómago ? Sí  No
- 15) ¿ Cuadros diarreicos frecuentes ? Sí  No
- 16) ¿ Ulcera del duodeno ? Sí  No
- 17) ¿ Enfermaedades del hígado ? Sí  No
- 18) ¿ Enfermedades de la vesícula biliar ? Sí  No
- 19) ¿ Enfermedades del intestino, colon o recto ? Sí  No
- 20) ¿ Enfermedades de los riñones ? Sí  No
- 21) ¿ Enfermedades de la próstata ? Sí  No
- 22) ¿ Enfermedades de la vejiga ? Sí  No
- 23) ¿ Diabetes ? Sí  No

- 25) ¿ Hipertrofia ganglionar ? Sí  No
- 26) ¿ Cáncer ? Sí  No
- 27) ¿ Pérdida del conocimiento o convulsiones ? Sí  No
- 28) ¿ Parálisis ? Sí  No
- 29) ¿ Sudoraciones nocturnas ? Sí  No
- 30) ¿ Transtornos nerviosos o mentales ? Sí  No
- 31) ¿ Enfermedades de los huesos o las articulaciones ? Sí  No
- 32) ¿ Alguna otra enfermedad ? Sí  No
- 33) ¿ Alguna intervención quirúrgica ? Sí  No

### En caso de ser mujer, padece o ha padecido de:

- 34) ¿ Enfermedades en los pechos? Sí  No
- 35) ¿ Enfermedades en los ovarios ? Sí  No
- 36) ¿ Enfermedades en la matriz ? Sí  No
- 37) ¿ Está embarazada ? Sí  No
- 38) Antecedentes Gineco-Obstétricos:  
Gesta  Para  Abortos   
Fecha Ultima Regla \_\_\_\_\_

### Alguna vez le han practicado:

- 39) ¿ Electrocardiogramas ? Sí  No
- 40) ¿ Análisis o pruebas de laboratorio ? Sí  No
- 41) ¿ Radiografías ? Sí  No

### En caso de respuesta afirmativa, favor de ampliar información:

Núm. de Pregunta	Detalle

### Médico que acostumbra consultar

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

### Nota Importante ( Debe leerlo antes de firmar )

Se previene al Solicitante que conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere éste examen médico tal como los conozca o debe conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Firma del Solicitante  
(Debe ser hecha a la vista del examinador)

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
( Para efectos internos de la Compañía )

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcione a la Compañía todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, en virtud de que he solicitado un seguro a dicha Compañía. Para el efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Clave y Nombre del Agente \_\_\_\_\_

El solicitante se identificó con la credencial (Con fotografía), expedida por: \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Exploración Física

1. Estatura (Cms.) \_\_\_\_\_

¿ Lo midió usted ?

Sí  No

Peso (Kgs.) \_\_\_\_\_

¿ Lo pesó usted ?

Sí  No

### 2. Perímetro del tórax a nivel apéndice xifoides:

a) En aspiración plena \_\_\_\_\_ cms. b) En espiración forzada \_\_\_\_\_ cms. c) Del abdomen a nivel del ombligo \_\_\_\_\_ cms.

### 3. Pulso

a) Frecuencia en un minuto completo \_\_\_\_\_

b) ¿ Es rítmico ? Sí  No

c) Número de extrasístoles por minuto \_\_\_\_\_

En caso de extrasístoles practicar la prueba de esfuerzo al margen 3A.

El solicitante practicará algún ejercicio físico (Sentadillas, carrera estacionaria etc.) de modo que su frecuencia se incremente a 100/minuto mínimo registrando el pulso como se solicita.

### 3A. Pulso. Prueba de esfuerzo

En reposo	Durante ejercicio	Después ejercicio

a) Frecuencia en un minuto completo \_\_\_\_\_

b) ¿ Es rítmico ?

c) Número de extrasístoles por minuto \_\_\_\_\_

### 4. Presión arterial ( Método auscultorio )

a) Sistólica

b) Diastólica (5a. Fase)

En caso de encontrar cifras superiores a los 140/95 hacer dos lecturas adicionales al margen 4A

### 4A. Presión arterial Lecturas adicionales

1a. Lect.	2a. Lect.	3a. Lect.

a) Sistólica

b) Diastólica (5a. Fase)

### 5. Región precordial

a) ¿ A nivel de que espacio intercostal se palpa la punta del corazón? \_\_\_\_\_

b) ¿ Cuántos centímetros de la línea medio esternal ? \_\_\_\_\_

c) ¿ Existe un dato anormal a la palpación ?

d) ¿ La auscultación en los focos clásicos es normal ?

En caso de cualquier antecedente o hallazgo cardiovascular, practicar el examen cardiovascular al margen 5A

### 5A. Examen cardiovascular (Existe)

Crecimiento cardíaco

Sí  No

Soplo cardíaco

Sí  No

Disnea

Sí  No

Edema

Sí  No

## Exploración Física

### Localización del Soplo

Foco	Foco	
Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inconstante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transmitido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diastólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suave (gr. 1-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moderado (gr. 3-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuerte (gr. 5-6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después del ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se incrementa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desaparece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No cambia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminuye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

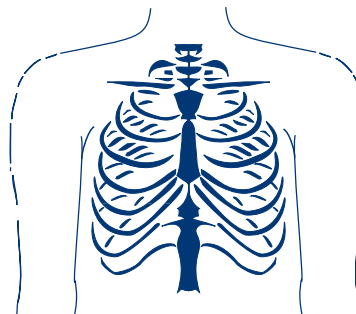
### Señalar

Latido apical con

Región del soplo con

Punto de mayor intensidad con

Transmisión con



Su impresión diagnóstica \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

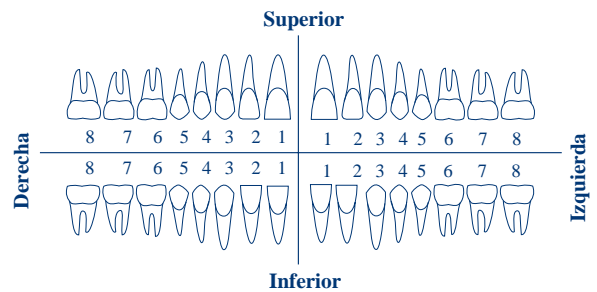
\_\_\_\_\_

1) ¿ Alguna anomalía en su aspecto ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	17) ¿ En el abdomen (Inspección, palpación, dolor, viceromegalias, ascitis, aorta)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) ¿ Existe disnea ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	18) ¿ En las extremidades (Varices, úlceras, edema, articulaciones, arterias, reflejo petelar)?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3) ¿ Existe alguna deformidad ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	19) ¿ Existe algún dato en el aliento, dientes, dedos del solicitante que señale que fume ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4) ¿ Falta algún miembro o parte de él ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	20) ¿ Conoce usted en el examinado algún factor en sus hábitos, antecedentes etc. que pueda influir negativamente en el riesgo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5) ¿ Hay parálisis o paresias ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	21) Considera usted en el estado de Salud del solicitante como:	
6) ¿ Hay movimientos anormales ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	
7) ¿ La marcha es normal ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	22) ¿ Recogió usted personalmente la muestra de orina ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8) ¿ Se aprecia algún trastorno psíquico ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
9) ¿ Existe cualquier anomalía ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
10) ¿ En el estado anatómico de los ojos ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
11) ¿ En la visión de cada ojo ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
12) ¿ En la audición de cada oído ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
13) ¿ En la cavidad bucal y la faringe ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
14) ¿ En el cuello (Ganglios, tiroides, turgencia yugular, arterias) ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
15) ¿ En el tórax (Inspección, auscultación) ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
16) ¿ En la columna vertebral (Deformidad, dolor, limitación funcional) ?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

**En caso de respuesta afirmativa, favor de ampliar información:**

Núm. de Pregunta	Detalle

Ausencias \_\_\_\_\_  
 Prótesis \_\_\_\_\_  
 Almagama \_\_\_\_\_  
 Otras: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**Datos Adicionales**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Practicado en: Mi consultorio  Su domicilio  Otro lugar (Especificar)  \_\_\_\_\_

Certifico haber examinado al solicitante cuya firma aparece al calce de las declaraciones.

Nombre completo del examinador \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Firma