

**SOLICITUD DE SEGURO  
EXÁMEN MÉDICO**

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Solicitud N°: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Todas las preguntas deben ser hechas por el médico examinador, y las respuestas anotadas de su puño y letra. La firma del candidato deberá ser hecha en presencia del médico examinador. Los exámenes deberán ser realizados en privado.

**DATOS DE LA PERSONA**

1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2do. Apellido \_\_\_\_\_  
 1er. Nombre \_\_\_\_\_ 2do. Nombre \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento    Cédula de Identidad \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Monto y Plan del seguro solicitado \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

	<u>EDAD</u>	<u>ESTADO SALUD</u>	<u>EDAD FALLECIDO</u>	<u>CAUSA</u>
<u>PADRE</u>	_____	_____	_____	_____
<u>MADRE</u>	_____	_____	_____	_____
<u>HERMANOS</u>	_____	_____	_____	_____

**ANTECEDENTES FAMILIARES** ¿Hay antecedentes familiares de Diabétes, Cáncer, HTA, TBC? Sí  No

En caso afirmativo, indíquelos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**¿CUÁNDO CONSULTÓ MÉDICO POR ÚLTIMA VEZ?**

Fecha

Nombre: Dr. \_\_\_\_\_  
 Dirección del consultorio \_\_\_\_\_  
 Enfermedad \_\_\_\_\_  
 Tratamiento \_\_\_\_\_  
 Duración y secuelas \_\_\_\_\_

**¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD O ESTÁ EN TRATAMIENTO?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase detallar

\_\_\_\_\_

**¿HA ESTADO INTERNADO EN HOSPITAL O SANATORIO PARA TRATAMIENTOS U OPERACIONES?** Sí  No

<u>Institución</u>	<u>Médico</u>	<u>Fecha</u>	<u>Imagenología</u>	<u>Tratamiento u operación</u>	<u>Alta con o sin secuelas</u>
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	_____	_____

**¿TIENE PATOLOGÍAS CONGÉNITAS?** Sí  No  En caso afirmativo, sírvase detallar

\_\_\_\_\_

**¿HA TENIDO ALGUNA VEZ LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS O ENFERMEDADES?**

**a - Neurológicas** (parálisis, apoplejía, epilepsia, pérdida de conocimiento, síndrome vertiginoso, enfermedades degenerativas, etc.): Sí  No

**b - Psiquiátricas** (síndrome depresivo, patologías agudas o crónicas, consultas realizadas a Psiquiatra): Sí  No

**c - Respiratorias** (asma, pleuresía, hemoptisis, TBC, tos crónica, enfisema, bronquitis, etc.): Sí  No

**d - Cardiovasculares** (dolores en el pecho, palpitaciones, fiebre reumáticas, soplos, HTA, etc.): Sí  No

**e - Digestivas** (úlceras gástricas o duodeno, hepatitis, gastritis, reflujo gastro esofágico, apendicitis, divertículos, vesícula, etc.): Sí  No

**f - Nefro-urológico-genital** (cólicos, azúcar en orina, sangre en orina, albúmina, próstata, etc.): Sí  No

**g - Otorrino Laringológicas:** Sí  No

**h - Oftalmológicas:** Sí  No

**i - Dermatológicas** (alergia, soriasis, etc.): Sí  No

**j - Endócrinas** (diabetes, bocio, hipo o hipertiroidismo, etc.): Sí  No

**k - Osteomusculares y articulares** (artritis, reumatismo, gota, tendinitis, tenosinovitis, síndrome de túnel carpiano, patología de columna agudas o crónicas (cervicalgia, cervicobraquialgia, dorsalgia, lumbalgia, etc.): Sí  No

**l - Deformaciones o amputaciones:** Sí  No

**m - Enfermedades de transmisión sexual,** ejemplo: HIV, etc.: Sí  No

**n - Tumores** (benignos, malignos): Sí  No

**o - Hematología** (anemia, trastornos de la crisis, etc.): Sí  No

**p - Autoinmunes** (L.E.S., E.M., E.L.A., etc.): Sí  No

**q - Si es una mujer, sírvase indicar:**

¿Cuántos hijos tiene?: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos partos?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas cesáreas?: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos abortos?: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada actualmente?: Sí  No

¿Ha tenido trastornos menstruales, metrorragias, patologías de útero, ovarios?: Sí  No

¿Ha tenido nódulos u otras patologías de mamas?: Sí  No

¿Ha tenido enfermedades durante los embarazos? (diabetes, HTA, etc): Sí  No

**DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LOS PUNTOS a HASTA q**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Es fumador?:** Sí  No

En caso afirmativo, indique cuántos por día: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Es ex fumador?:** Sí  No

En caso afirmativo, indique la fecha

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Toma bebidas alcohólicas?:** Sí  No

En caso afirmativo, indique cuántos por día: \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Usa drogas o estupefacientes?:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**En los últimos 5 años, ¿ha tenido alguna enfermedad aparte de las mencionadas?:** Sí  No

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN:** Acepto que las precedentes preguntas y respuestas serán la base del contrato del Seguro de Vida que solicito.

Expresamente autorizo a todos los médicos y personal de los hospitales que me hayan atendido o examinado, a informar ampliamente acerca de mis antecedentes médicos y estado de salud.

Fecha

Firma de la persona cuya vida se asegura \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Aclaración de firma \_\_\_\_\_

# INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR

**PESO** \_\_\_\_\_ **ALTURA** \_\_\_\_\_

**PER. TORÁCICO EN INSPIRACIÓN** \_\_\_\_\_ **PER. TORÁCICO EN ESPIRACIÓN** \_\_\_\_\_

**PERÍMETRO ABDOMINAL** \_\_\_\_\_

**AUMENTO DE PESO** Sí  No

Causa \_\_\_\_\_

Cuánto \_\_\_\_\_

**REBAJA DE PESO** Sí  No

Causa \_\_\_\_\_

Cuánto \_\_\_\_\_

**PULSO** **Presión arterial** **Sistólica** **Diastólica**

Toma al inicio de la consulta \_\_\_\_\_

Toma al final de la consulta \_\_\_\_\_

**IRREGULARIDADES DEL PULSO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SIGNOS DE ARTERIOESCLEROSIS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## EXAMEN FÍSICO POR APARATOS

**1 - ¿Su apariencia indica buena salud?:** Sí  No

**2 - OJOS, OÍDOS, BOCA, NARÍZ, FARINGE:** Sí  No

**3 - PIEL:** (Ganglios linfáticos, Arterias, Venas varicosas, Cicatrices, etc.): Sí  No

**4 - SISTEMA ENDÓCRINO:** (Tiroides, Hipertrófica, Nódulos, Examen de mamas): Sí  No

**5 - HERNIAS:** (Inguinal, Crural): Sí  No

**6 - ABDÓMEN:** (cicatrices, eventraciones, etc.): Sí  No

**7 - APARATO GÉNITO URINARIO (examen externo):** Sí  No

**8 - CARDIOVASCULAR:** (Corazón, Soplos, Hipertrofia, etc.): Sí  No

**9 - RESPIRATORIO:** (Pulmones, Bronquios, Laringe, etc.): Sí  No

**10 - APARATO LOCOMOTOR:** (Deformaciones, Columna, Articulaciones, Pie, etc.): Sí  No

**11 - SISTEMA NERVIOSO:** (Reflejos rotuliano, Ocular, Marcha, etc.): Sí  No

**12 - ¿Existen riesgos adicionales?:** Sí  No

**13 - ¿La orina fue emitida en su presencia?:** Sí  No

**14 - RESULTADO EXAMEN ORINA:** Sí  No

**Densidad** \_\_\_\_\_ **Reacción** \_\_\_\_\_ **Albúmina** \_\_\_\_\_ **Glucosa** \_\_\_\_\_

## DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LOS PUNTOS 1 A 14

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Certifico que he realizado la historia clínica y el examen físico cuidadosamente y en forma personalizada.**

Fecha    Firma del Médico Examinador  
C.I.  Aclaración de firma

**INFORME Y OPINIÓN DEL MÉDICO SUPERVISOR RESPECTO AL RIESGO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha    Firma del Médico Examinador  
C.I.  Aclaración de firma



EN BSE PODÉS CONFIAR TODA TU VIDA