Hospital Metropolitano Vivian Pellas
Comprometidos con la vida

CUESTIONARIO MÉDICO PARA INSCRIPCIÓN

Mi Salud
Ahora si la puedo proteger
SEGUROS AMERICA

Nombre del asegurado:_____

A continuación solicitamos que marque con una "x" si usted padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades, dolencias o afecciones de órganos descritas en esta lista

1.	Accidente cerebro-vascular Si ☐ No ☐	Desmayos repentinos Si ☐ No ☐	Migraña recurrente Si ☐ No ☐	Parálisis por derrame / lesión cerebral Si ☐ No ☐	Parkinson Si ☐ No ☐	Trastornos convulsivos Si ☐ No ☐
2.	Asma bronquial Si ☐ No ☐	Bronquitis crónica Si ☐ No ☐	Enfisema Si ☐ No ☐	EPOC Si ☐ No ☐	Híper reactividad bronquial Si ☐ No ☐	Tuberculosis Si ☐ No ☐
3.	Angina de pecho Si ☐ No ☐	Cateterismo Si ☐ No ☐	Enfermedad de las válvulas coronarias Si ☐ No ☐	Hipertensión arterial Si ☐ No ☐	Infarto cardíaco Si ☐ No ☐	Adenoma de hipófisis Si ☐ No ☐
4.	Diabetes Si ☐ No ☐	Híper/hipotiroidismo Si ☐ No ☐	Síndrome de Cushing Si ☐ No ☐	Anemia Si ☐ No ☐	Desorden de coagulación Si ☐ No ☐	Leucemia Si ☐ No ☐
5.	Policitemia vera Si ☐ No ☐	Artritis Si ☐ No ☐	Artrosis Si ☐ No ☐	Esclerodermia Si ☐ No ☐	Lupus Si ☐ No ☐	Otros reumatismos Si ☐ No ☐
6.	Polidermatomiositis Si ☐ No ☐	Discopatía Si ☐ No ☐	Hernia Distal Si ☐ No ☐	Núcleo pulposo Si ☐ No ☐	Osteoporosis Si ☐ No ☐	Insuficiencia renal crónica Si ☐ No ☐
7.	Nefritis crónica Si ☐ No ☐	Piedras en riñones/ Uretra Si ☐ No ☐	Piedras en la vesícula Si ☐ No ☐	Riñones poli quísticos Si ☐ No ☐	Tumores y quistes en la vejiga o próstata Si ☐ No ☐	Esofagitis Si ☐ No ☐
8.	Gastritis Si ☐ No ☐	Hemorroides Si ☐ No ☐	Hernia hiatal Si ☐ No ☐	Hígado graso Si ☐ No ☐	Úlcera Si ☐ No ☐	Colonoscopía/ Endoscopía Si ☐ No ☐
9.	Cervicitis crónica Si ☐ No ☐	Endometriosis Si ☐ No ☐	Enfermedad pélvica inflamatoria Si ☐ No ☐	Dismenorrea Si ☐ No ☐	Fibroma Si ☐ No ☐	Infertilidad Si ☐ No ☐
10.	Quiste de ovario Si ☐ No ☐	Alzheimer Si ☐ No ☐	Demencia senil Si ☐ No ☐	Depresión Si ☐ No ☐	Esquizofrenia/ Paranoia Si ☐ No ☐	Hipocondría Si ☐ No ☐
11.	Psicosis Si ☐ No ☐	Trastorno Bipolar Si ☐ No ☐	Cáncer Si ☐ No ☐	Consumo de bebidas alcohólicas Frecuencia _____		Consumo de cigarrillos Frecuencia _____

12. Consumo de marihuana, heroína, cocaína, anfetaminas, LSD, barbitúricos u otro tipo de droga psicoactiva

Frecuencia _____

13. Se encuentra en período de gestación, la titular o cónyuge o conviviente por asegurar?

14. Otra enfermedad que no se haya mencionado y que usted padezca: (Especifique)

Hospital Metropolitano Vivian Pellas
Comprometidos con la vida

CUESTIONARIO MÉDICO PARA INSCRIPCIÓN

Mi Salud
Ahora si la puedo proteger
SEGUROS AMERICA

* En caso de respuesta afirmativa, a cualquiera de las opciones entre la 1 y 14, agradeceremos proporcionarnos información acerca del diagnóstico y tratamiento, incluyendo el nombre de los médicos tratantes.
* Si marcó entre las opciones 1 y 11, requerimos su último resumen clínico.

Lista de médicos que le atienden regularmente o de cabecera

- Médico general/internista: _____
- Ginecólogo/urólogo: _____
- Pediatra: _____

Por este medio autorizo a Seguros América, a que pueda solicitar información acerca de mi estado de salud a mi (s) médico (s) tratante (s). Si ☐ No ☐

Cirugías que le hayan realizado con anterioridad

Nombre del procedimiento	Año
1.	
2.	
3.	

¿Qué medicamentos utiliza en su día a día?

Nombre _____ Dosis _____ Prescripción _____
Nombre _____ Dosis _____ Prescripción _____
Nombre _____ Dosis _____ Prescripción _____

Especifique los exámenes de laboratorio que se ha realizado en los últimos 6 meses.

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

Especifique los exámenes de Imagenología que se ha realizado en los últimos 6 meses.

1. _____ 4.. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

Declaro que las respuestas proporcionadas en la solicitud, son verídicas y completas y que es de mi conocimiento, que cualquier omisión, simulación o falsedad, anula el contrato de seguro y en consecuencia toda obligación de Seguros América.

Firma del titular: