

DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS DE SALUD

- Individual
- Colectivo

Ramo de Vida _____

Parte I - Informe al Médico

Ref. Solicitud N° _____

Nombre completo _____ Edad _____ años cumplidos.

1) ASPECTO

- a) ESTATURA (Mujeres, sin zapatos) _____ Mts. _____ Pulg. b) PESO (con ropa ligera) _____ Lbs _____ Kgs. c) ¿Cuál fue su peso hace un año? _____ ¿Por qué cree Ud. que subió o bajó de peso? _____ d) ¿Está Ud. en buen estado de salud? _____
- e) ¿Adolece Ud. de algún defecto físico o mutilación de algún miembro? _____ En caso afirmativo detalle _____

2) OCUPACION

- a) ¿Qué tareas de su ocupación considera Ud. peligrosa? _____
- b) ¿Cuántas veces por año viaja UD. en avión como pasajero? _____ ¿Dentro del país? _____
_____ ¿Fuera del país? _____
¿Clase de Avión? _____
- c) ¿Ha cambiado o piensa cambiar de ocupación? _____ ¿Por qué? _____

3) HABITOS

- a) ¿Qué cantidad promedio de bebidas alcohólicas ingiere Ud. diariamente? _____
¿semanalmente? _____ ¿Qué clase de licor? _____
- b) Cuántos cigarrillos fuma al día? _____ ¿Usa medicamentos para dormir? _____
¿Tranquilizante? _____ ¿Estimulante? _____
Nombre _____ Cantidad _____
- c) ¿Ha recibido alguna vez tratamiento antialcohólico o contra el uso de narcóticos? _____

4) HISTORIA PERSONAL

- a) Nombre de (los) médicos que lo ha (n) tratado durante el último año.
- b) ¿Cuándo se hizo Ud. algún examen, radiografía, electrocardiograma, análisis de orina, etc? _____
_____ ¿Fue normal su resultado? _____
¿Donde lo practicaron? _____
- c) ¿Ha ingresado Ud. en alguna Clínica u Hospital para tratamiento de alguna enfermedad o accidente? _____
- d) ¿Ha sido tratado alguna vez con medicamentos para el corazón, o para bajar la presión sanguínea, insulina u otras medicinas contra diabetes o ha sido sometido a tratamientos por choques eléctricos? _____
- e) ¿Ha sido tratado alguna vez con antibióticos durante un tiempo prolongado? (Más de una semana) _____
- f) ¿Está tomando Ud. actualmente alguna medicina? _____ ¿Qué clase? _____
_____ ¿Para qué? _____ ¿Bajo prescripción médica? _____
- g) ¿Padece Ud. o ha padecido de las siguientes enfermedades o síntomas?
 - 1) ¿Enfermedades del corazón, presión arterial alta o baja, anemia, mareos, angina de pecho, palpitaciones, dificultades en la respiración, venas varicosas u otras enfermedades del sistema circulatorio? _____
 - 2) ¿Tos crónica, esputo con sangre, pleuresía, tuberculosis, asma u otras enfermedades del aparato respiratorio? _____
 - 3) ¿Gota, reumatismo, ciática, enfermedades de los huesos o de las articulaciones? _____
 - 4) ¿Hernia, enfermedades del estómago, intestino, recto, hígado, vesícula, hemorragia? _____
 - 5) ¿Vértigos, desmayos, epilepsia, convulsiones, parálisis, dolores crónicos de cabeza, agotamiento nervioso u otros problemas del sistema nervioso? _____
 - 6) ¿Albúmina, azúcar o sangre en la orina? _____
 - 7) ¿Sífilis, diabetes, enfermedades del riñón, vejiga u órganos genitales? _____
 - 8) ¿Bocio, tumores, úlceras, cáncer, quiste o crecimiento anormal de cualquier clase? _____
 - 9) ¿Amigdalitis, paludismo o alguna otra enfermedad o daño que no haya sido mencionado anteriormente? _____

DETALLE DE TODAS LAS ENFERMEDADES QUE PADECE O HA PADECIDO Y DE ACCIDENTES Y OPERACIONES SUFRIDAS

Enfermedades, Accidentes Operaciones	Fecha	Duración	Nº de Ataques	Resultado	Médico o Cirujano	Dirección

5) HISTORIA FAMILIAR

Parientes	Vivos		Muertos	
	Edad	Estado de Salud	Edad	Causas Fallecimiento
a) Padre				
b) Madre				
c) Hermanos				
d) Hermanas				

- a) ¿ Se ha presentado en su familia algún caso de tuberculosis, cáncer, enajenación mental, congestión cerebral, epilepsia, diabetes o algún trastorno nervioso o suicidio? _____
- b) ¿ Ha padecido de tuberculosis alguna persona que haya vivido en compañía de Ud. durante el último año? _____
- c) ¿ Ha intentado Ud. atentar contra su vida? _____

6) CUESTIONARIO SOLO PARA MUJERES

- a) ¿ Cuántos hijos ha tenido? _____ ¿Cuántos viven? _____
 ¿Edad del menor? _____ b) ¿ Esta Ud. embarazada? _____
 ¿ Cuántos meses tiene? _____ c) ¿ Ha tenido algún aborto, parto anormal u operación cesárea _____
- b) ¿ Son sus funciones regulares y normales? _____
- c) ¿ Ha tenido o tiene tumores, enfermedades de los pechos, útero, ovario? _____

De informes adicionales sobre las preguntas anteriores que haya contestado afirmativamente: _____

_____ (Use el reverso si necesita más espacio para sus ampliaciones).

HAGO CONSTAR que las contestaciones y datos que anteceden son correctos y completos. Estoy de acuerdo en que formen parte de mi Solicitud para Seguro de Vida.

AUTORIZO por este medio a los Médicos u Hospitales que me han atendido en recuperación de mi salud, para que suministren a ASEGURADORA HONDUREÑA MUNDIAL, S. A., las informaciones que ésta requiera en relación al Seguro que solicito, relevándolos 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 deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

_____ de _____ del 20 _____

 Nombre del Agente

f) _____
 El Solicitante

DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS DE SALUD

Parte II - Informe del Médico

Nombre completo: _____ Edad: _____ años cumplidos.

Se ruega al Médico ser breve y preciso en los casos normales; pero detallado y explícito sobre enfermedades y defectos. El examinador y el Solicitante deben estar solos, sin que esté presente ningún Agente ni terceras personas. La muestra de orina debe ser entregada por el Solicitante, personalmente, al Médico

1) Generalidades	a) ¿ Desde cuándo conoce al Solicitante? _____ b) ¿ Ha comprobado Ud. su identidad? _____ c) ¿ Ha prestado algún servicio profesional a él o a su familia? _____ d) ¿ Lo ha examinado Ud. para otra Compañía? _____ ¿Cuál? _____ e) ¿ Es Ud. pariente del Solicitante o del Agente? _____								
2) Aspecto	a) ¿ Tiene aspecto de persona sana? _____ b) ¿ Qué edad aparenta? _____ c) ¿ Estatura? (Muj. sin Zapatos) _____ Mts. _____ Pies _____ Pgs. d) ¿ Peso (con ropa ligera) _____ e) ¿ Lo pesó y midió Ud.? _____ f) ¿ Circunferencia del Tórax a la altura del apéndice xifoides (para mujeres a nivel de las axilas): _____ Inspiración plena _____ cm Expiración forzada _____ cm. g) Circunferencia del abdomen a nivel del ombligo _____ cm. h) ¿ Existe alguna deformidad, cicatriz o marca que pueda servir para identificarlo? _____ _____								
3) Cabeza y Cuello	a) ¿ Padece alguna enfermedad de los oídos? _____ b) ¿ Padece alguna enfermedad de los ojos? _____ c) ¿ Son normales los reflejos pupilares? _____ d) ¿ Hay alguna anomalía en la boca? _____ e) ¿ Existe bocio? _____ Tamaño y caracteres: _____ f) ¿ Hay signos de hiperfunción? _____ ¿ de hipofunción? _____								
4) Aparato Respiratorio	a) Config. del Tórax: (Simétrico, aplanado, raquíptico) _____ b) ¿ Encuentra Ud. evidencia de alguna enfermedad o anomalía a la EXPLORACION? _____ _____ ¿ PERCUSION? _____ ¿ AUSCULTACION? _____ c) ¿ Hay ronquera o alteración de la voz? _____ d) ¿ Hay anomalía en el ritmo respiratorio? _____ e) ¿ Hay indicios de otras enfermedades pulmonares? _____								
5) Aparato Circulatorio	a) ¿ Está el corazón hipertrofiado? _____ b) ¿ Está el corazón fuera de posición normal? _____ c) ¿ Altura de la punta del corazón? _____ d) ¿ A cuántos centímetros de la línea media? _____ e) ¿ Son claros y rítmicos los tonos cardíacos? _____ f) ¿ Se oyen soplos del corazón o de los grandes vasos? (De localización, sistólica, diastólica, propagación) _____ g) Pulso: Frecuencia por minuto: _____ h) ¿ El pulso es intermitente? _____ <hr/> i) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: left;">Pulso bajo. Pruebas de Ejercicio</th> <th style="width: 60%; text-align: left;">Frecuencia por minuto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Antes de hacer ejercicio _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Inmediatamente después _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3 minutos después _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <hr/> j) Tensión Arterial (Acostado:) Mx _____ Mn. _____ Si es mayor o menor que 120/60, tómese nuevamente: Mx _____ Mn _____ K) Aparato Usado: _____	Pulso bajo. Pruebas de Ejercicio	Frecuencia por minuto	Antes de hacer ejercicio _____	_____	Inmediatamente después _____	_____	3 minutos después _____	_____
Pulso bajo. Pruebas de Ejercicio	Frecuencia por minuto								
Antes de hacer ejercicio _____	_____								
Inmediatamente después _____	_____								
3 minutos después _____	_____								

6) Abdomen	a) ¿ Es la región epigástrica sensible a la presión? _____ b) ¿ Es la región del apéndice sensible a la presión? _____ c) ¿ Sobrepasa el hígado el reborde costal? _____ d) ¿ Hay hipertrofia del bazo? _____ e) ¿ Tiene hernia? _____ ¿ Posición? _____ ¿ Usa braguero? _____ ¿ Es fácilmente reductible? _____ ¿ Se ha encancerado? _____
7) Aparato Genito-Urinario	a) ¿ Hay alguna afección de los órganos urogenitales? _____ b) ¿ Fue emitida la muestra de orina en su presencia? _____ c) ¿ Recogió Ud. personalmente la muestra de orina? _____
8) Sistema Nervioso	a) ¿ Son normales los reflejos rotulianos? _____ b) ¿ Signo de Babinsky? _____ c) ¿ Signo de Romberg? _____ d) ¿ Hay alguna perturbación psíquica o neurológica? _____ e) ¿ Hay anomalías para la marcha, movimiento? _____ f) ¿ Son iguales las pupilas? _____ g) ¿ Hay Miosis? _____ ¿ Midriasis? _____
9) Piel	a) ¿ Hay erupciones, várices, úlceras, edemas, tumores, cicatrices? _____ b) ¿ Hay anomalías de los ganglios linfáticos? _____
10) Huesos	a) ¿ Existe alguna enfermedad de los huesos o articulaciones? _____ (Artritis, raquitismo, tuberculosis, osteomielitis, deformidades, etc.) _____ b) ¿ Deformidades en la columna vertebral? _____
11) Género de Vida	a) ¿ La ocupación, domicilio o costumbres del Solicitante pueden ser perjudiciales para su salud? _____ b) ¿ Sabe Ud. o sospecha que el Solicitante tuvo o tiene costumbre de beber en exceso o de usar narcóticos? _____
12) Mujeres	a) ¿ Hay embarazo? _____ ¿ De cuántos meses? _____ b) ¿ Hay síntomas patológicos de los senos? _____ c) ¿ Sospecha Ud. una enfermedad propia del sexo femenino? _____ ¿Cuál? _____
13) Conclusiones	a) ¿ Sabe Ud. o sospecha algo respecto a la Salud o Moralidad del Solicitante que pueda afectar su ASEGURABILIDAD? _____ b) ¿ Sugiere Ud. pedir más informes o exámenes clínicos? _____ c) ¿ Cómo clasifica Ud. al Solicitante? Normal () Anormal () Aceptable () Anormal Dudoso () Anormal Inaceptable ()

DETALLES ADICIONALES: (Dé informes adicionales sobre toda pregunta que haya sido contestada afirmativamente)

El Examen Médico fue realizado en _____ de _____ del 20 _____

Nombre del Agente

Médico Examinador