



DECLARACIÓN DEL MÉDICO EXAMINADOR

Las preguntas deben ser formuladas y completadas en su totalidad por el Médico Examinador, de su puño y letra legible. No deben efectuarse tachaduras, ni correcciones con líquido corrector y debe ser firmado por el asegurado. Esta información es de carácter estrictamente confidencial por lo cual el médico no debe exteriorizar ninguna opinión personal al agente.

Nombre completo del propuesto asegurado:		Sexo: ☐ M ☐ F					
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:		Cédula:			
Profesión:		Ocupación acti		Ocupación anterior:			
Actividades y deportes en horas libres:		¿Es usted pensionado por invalidez? ☐ Si ☐ No					
¿Ha sido o es piloto o ha tomado clases de aviación? ☐ Si ☐ No		¿Viajes en aviones privado? ☐ Si ☐ No		¿Viajes al extranjero? ☐ Si ☐ No			
¿Con qué frecuencia?		Destinos en los últimos 6 meses:					
¿Ha disminuido de peso en el último año? ☐ Si ☐ No		Libras disminui		Causas:			
¿Se le ha encontrado elevado el colesterol, triglicéridos? ☐ Si ☐ No		¿Ácido único elevado? ☐ Si ☐ No		Indique la fecha:			
¿Toma usted bebidas alcohólicas? ☐ Si ☐ No		¿Qué clase?		¿Con qué frecuencia?			
¿Usa marihuana, cocaína o cualquier otra droga? ☐ Si ☐ No		¿Qu		¿Con qué frecuencia?			
¿Ha fumado alguna vez? ☐ Si ☐ No		Cantidad diaria:		¿Desde cuándo?		¿Cuándo dejó de fumar?	

Antecedentes Familiares

¿Ha habido en su familia casos de convulsiones, epilepsia, enfermedades mentales o suicidio, diabetes,cáncer, hipertensión, arterial, enfermedades del corazón, riñón, o alguna otra enfermedad familiar? (Subraye la que corresponde) En caso afirmativo sírvase dar detalles:

Familiares que viven			Familiares Fallecidos	
Parentesco	Edad	Edad de Salud (Si no es bueno, dé detalles)	Edad a su muerte	Causas de Muerte
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hijos				
Hermanos				

Antecedentes Patológicos y Enfermedades Actuales

Sufre o ha sufrido alguna vez de:	Si	No
1.¿Defectos de los ojos, oídos, nariz o garganta? Miopia o astigmatismo.		
2. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, migraña pérdida de conocimiento, defecto del habla, parálisis o ataques, enfermedad mental o nerviosa?		
3. ¿Palpitaciones, soplo, cardíaco, fiebre reumática, angina de pecho, infarto del miocardio, valvulopatías o alguna otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio?		
4. ¿Ha tenido la presión alta alguna vez?		
5. ¿Respiración entrecortada, ronquera o tos persistente, esputo sanguineo, bronquitis, pleuritis, asma, enfisemia, tuberculosis o cualquier otro transtorno del sistema respiratorio agudo?		
6. ¿Úlcera, infección por helicobácter, pylori, sangrado intestinal, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otra enfermedad del estómago o de los intestinos?		
7. ¿Hepatitis, cirrosis, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas?		
8. ¿Infecciones urinarias, sangreo pus en la orina, cistitis, cálculo renal o cualquier tra enfermedad de la vejiga, próstata o riñón?		
9. ¿Hemorragia de cualquier índole, hemofilia, enfermedades de la sangre, anemia, leucemia, transfusiones?		
10. ¿ Se le ha encontrado elevado el azúcar alguna vez?		
11. ¿Diabetes, bocio o cualquier otro transtorno de las glándulas endocrinas?		
12. ¿Reumatismo ciática, gota, neuritis, artritis o transtorno de los músculos o de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?		
13. ¿Enfermeda de la piel, alergías, glándulas linfaticas,quiste, tumor o cáncer?		

Sufre o ha sufrido alguna vez de:	Si	No
14. ¿Biopsia?		
15. ¿Ha consultado algún psiquiatra?		
16. ¿Enfermedades de Transmisión sexual? Le han diagnosticado o tratado por SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o cualquier otro desorden inmunológico?		
17. ¿Ha sido sometido alguna intervenciones quirúrgicas?		
18. ¿Alguna otra enfermedad o lesión además de las ya mencionadas?		
19. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez para examen general, diagnóstico o tratamiento?		
20. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?		
21. ¿ Está tomando algún medicamento o anticonceptivo?		
22. ¿Se le han hecho estudios con rayos x, ultasonidos o CAT, MRI?		
23. ¿Se le han practicado estudios para diagnóstico de cáncer?		
24. ¿Le han hecho electrocardiograma o pruebas de esfuerzo?		
25. ¿Se le han recomentado o tiene pendiente someterse a pruebas diagnósticas, hospitalización o alguna otra intervención quirúrgica que no se haya realizado?		
En caso de mujeres:		
26. ¿Estás embarazada? De ser afirmativo, ¿Cuántos meses tiene? Dé nombre y dirección del médico que la atiende (Adjunte tarjeta de control)		
27. ¿Ha tenido abortos?		
28. ¿Ha tenido algún tumor o enfermedad en senos, matriz u ovarios?		
29. ¿Ha tenido hemorragias vaginales?		
30. ¿Son regulares sus periodos menstruales?		
31. Fecha de la última menstruación:		

Si alguna de las preguntas anteriores es contestada en sentido afirmativo, favor dar detalles sobre la fecha, diagnóstico, tratamiento, resultados y estoado actual, así como el o los nombres y direcciones del médico o médicos que le han atendido.

Nombre y dirección de su médico de cabecera, o del último que la atendió:

¿Ha consultado algún(os) otro(s) médico(s) durante los últimos año(s)? En caso afirmativo, indique nombre(s), dirección(es), fecha(s) y causa(s):

Declaro que cada una de las respuestas que anteceden es exacta, verdadera y completa y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro,. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa, errónea e inexacta puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro. Yo, el Solicitante, certifico que mediante la firma de este documento, autorizo a cualquier médico, clínica u hospital para que suministre a Creciendo Seguros cualquier información médica sobre mi persona.

Firma del Examinador

Firma del Solicitante

Fecha

Exploración Física

Estatura		Peso		Perímetro del Tórax		Perímetro Abdominal	Presión Arterial		Pulso	
(Sin zapatos)		(Sin saco)		Inspiración Normal	Espiración Forzada		Al inicio	Al final	Al inicio	Al final
	Mts.		Lbs.							
	Pies		Kgs.							

¿Lo pesó usted? ☐ Si ☐ No
¿El pulso es rítmico? ☐ Si ☐ No ¿Hay extrasístoles? ☐ Si ☐ No ¿Cuántas? _____

Sírvase dar detalles en caso de anormalidad

1. Aspecto del solicitante:

☐ Saludable ☐ Fuerte ☐ Enfermizo ☐ Débil

2. Edad aparente del solicitante:

☐ Mayor ☐ Menor ☐ Menor que la declarada

3. ¿La marcha es normal?

☐ Si ☐ No

4. ¿Existe algún defecto o deformidad física?

☐ Si ☐ No

¿Indique cuál? _____

5. ¿Falta algún miembro o parte de él?

☐ Si ☐ No

6. ¿Hay movimientos anormales?

☐ Si ☐ No

7. ¿Encuentra alguna alteración mental?

☐ Si ☐ No

¿Indique cuál? _____

8. ¿Hay trastornos de las facultades psíquicas?

☐ Si ☐ No

9. Ojos: Estado de visión

Ptosis palpebral (lesiones oculares cataratas) ☐ Si ☐ No

¿Pupilas normales?

10. Oídos: ¿El Estado de la audición es normal? ☐ Si ☐ No

11. Naríz: ¿desviación del tabique? ☐ Si ☐ No

12. Estado de la cavidad bucal y la faringe: ☐ Si ☐ No

13. Estado del cuello (ganglios, tiroides o se auscultan soplos carotídeos?)

14. Tórax-Aparato Respiratorio ¿Hay disnea?

a. ¿La forma y el volumen son normales? ☐ Si ☐ No

b. ¿Hay gigantomastia? (mujer) o Ginecomastia (hombre)? ☐ Si ☐ No

c. ¿Auscultación Normal? ☐ Si ☐ No

15. Tórax-Región precordial

a. ¿A nivel de qué espacio está la punta del corazón? _____

b. ¿Hay datos anormales a la palpación (Temblor, catario, frotés, etc.)

Agrandamiento ☐ Si ☐ No Arritmia ☐ Si ☐ No

c. ¿La auscultación en los focos clásicos es normal?

Describe el soplo: _____

16. ¿Hay lesiones en la piel? ☐ Si ☐ No ¿Hay tatuajes? ☐ Si ☐ No Piercing* ☐ Si ☐ No

17. Abdomen

a. ¿La forma, el volumen y estado de la superficie son normales? ☐ Si ☐ No

b. ¿Hay dolor a la palpación? ☐ Si ☐ No

c. ¿Hay hepatomegalia o esplenomegalia? o ¿Masas? ☐ Si ☐ No

18. ¿Hay hernia? ¿De qué tamaño? ¿Es reducible? _____

19. Miembros inferiores

a. ¿Hay várices, edema, úlcera o cicatrices? ☐ Si ☐ No

20. ¿El reflejo palelar es igual en ambos lados? ☐ Si ☐ No

21. ¿Hay signo de Romberg? ☐ Si ☐ No

22. ¿Qué otros datos conoce usted del solicitante acerca de sus hábitos, antecedentes personales y familiares, etc. Que pueden influir en la salud? _____

23. ¿Considera el estado de salud del solicitante como normal, dudoso o anormal? (El médico al poner anormal debe aclarar la causa de la anormalidad) _____

24. ¿Están contestadas todas las preguntas? ☐ Si ☐ No Datos adicionales o comentarios del médico examinador: _____

Certifica haber examinado al solicitante, cuya firma aparece al pie de sus declaraciones, en:

☐ Mi Oficina ☐ Domicilio del Propuesto Asegurado ☐ Lugar de Negocios del Propuesto Asegurado A las _____ horas.

Médico Examinador _____

Firma del Médico Examinador _____

Fecha: _____