

Apellido y Nombres: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Estatura: _____ Peso: _____ Kg. _____

Apellido y Nombres del titular (en caso de corresponder): _____

¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna de las enfermedades que se detallan seguidamente? (Completar con SI o NO):

A) ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO:

Mareos, vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis o cualquier ataque o enfermedad de la cabeza o sistema nervioso?

B) ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO:

Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresía, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, silicosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio?

C) ENFERMEDADES DEL CORAZON O DEL SISTEMA CIRCULATORIO:

Fiebre reumática, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio?

D) ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO E INTESTINAL:

Úlcera gástrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados rectal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado (Hepatitis A, B, C, Insuficiencia Hepática u otras Hepatopatías), vesícula, páncreas o bazo?

E) ENFERMEDADES RENALES:

Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina?

F) ENFERMEDADES OSEAS O MUSCULARES:

Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades?

G) ENFERMEDADES DE LA SANGRE:

Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre?

H) PROCESOS CANCEROSOS:

Cáncer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza?

I) OTRAS ENFERMEDADES:

Bocio, colesterol elevado, sífilis, diabetes o cualquier enfermedad de las glándulas endocrinas?

Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo?

Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta?

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA?

Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados? Cuáles?

J) DATOS ADICIONALES:

Sufre de Arteriosclerosis? Sufre de Hipertensión Arterial? Cuales son sus cifras de tensión arterial? Máxima: _____ Mínima: _____

Indique tratamiento actual: _____

Es Ud. Fumador? Cuantos cigarrillos fuma al día? _____ Desde hace cuantos años? _____

Si dejó, cuántos cigarrillos fumaba y durante cuántos años?

Indique tratamiento actual: _____

Posee Ud. algún defecto físico? Cual? _____

Motivo? _____

Está o estuvo bajo tratamiento médico durante los últimos cinco (5) años?

¿Desde que fecha? _____ ¿Por qué? _____

¿Qué medicamentos toma? _____

¿Le practicaron estudios? ¿Cuáles? (Indique su resultado) _____

TRATANDOSE DE MUJER:

Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas?

Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: _____

Tiene Ud. conocimiento de que en su familia haya habido casos de suicido, insana, epilepsia, cáncer, diabetes, tuberculosis, enfermedades del corazón o renales? Indicar grado de parentesco, si están vivos y edad actual o al fallecimiento:

¿Qué deporte/s práctica? _____ Aficionado Profesional

Si contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse: nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado, nombre y dirección de los médicos consultados y en caso de afecciones curadas, si a vuestro entender y conocimiento han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo: _____

IMPORTANTE:

En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales o rechazar la misma.

Lugar y fecha de Emisión

Firma