



Cuestionario Médico para Sumas Aseguradas que exceden los límites con solicitud simplificada.

Solicitud No. _____

A) Datos de la persona por asegurar

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		
B)	¿Padece o ha padecido enfermedades de los siguientes aparatos y sistemas:			SI	NO
	1. Del aparato respiratorio? (Entre otras: Bronquitis Crónica, Asma, Tuberculosis o Enfisema)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Del aparato digestivo? (Entre otras: Úlcera en el Estómago o Duodeno, Enfermedades del Hígado, de la Vesícula Biliar, Intestino Delgado, Intestino Grueso o Colon)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Del aparato Genitourinario? (Entre otras: de los Riñones, de la Próstata o de la Vejiga)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Del aparato Endocrino? (Entre otras: Diabetes, Hipertiroidismo)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Del sistema Nervioso? (Entre otras: Pérdida del Conocimiento o Convulsiones, Trastornos Nerviosos o Mentales, Parálisis, Epilepsia)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Del aparato Músculo Esquelético? (Entre otras: de la Columna Vertebral, Osteoporosis, de la Rodillas o Hernias de cualquier tipo)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Ha padecido alguna enfermedad infecciosa como Hepatitis B o C, SIDA, Herpes?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Enfermedades del corazón o Presión Arterial Alta?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Cualquier otra que se haya manifestado por más de ocho días?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C)	¿Tiene algún defecto Visual o Auditivo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D)	¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E)	¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F)	¿Le falta algún miembro, parte de el o tiene alguna deformidad?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G)	¿Alguna vez le han practicado:				
	1. Electrocardiogramas?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Pruebas de laboratorio?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Radiografías, Ultrasonidos, Resonancia Magnética?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H)	¿Ha usado drogas psicotrópicas? (Entre otras: Marihuana, Cocaína, Heroína, Morfina, Anfetaminas, Barbitúricos)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I)	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Cantidad: _____ Frecuencia: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



J) Solo para solicitantes mujeres: SI NO

¿Padece o ha padecido enfermedades:

1. De los Ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De la Matriz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esta embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de : Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____		
4. Alimenta a sus hijos con leche materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez se le ha practicado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Papanicolau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Mamografía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K) ¿Le han diagnosticado Cáncer?

L) Favor de Indicar: Peso _____ Kg. Estatura: _____ mts.

M) ¿Ha variado su peso (más o menos 10 Kg. En los últimos 6 meses)?
Causa: _____

En cualquier respuesta afirmativa, dar amplios detalles sobre fechas, resultados de laboratorio y gabinete, estado actual, nombre y domicilio del médico tratante, etc., en el recuadro presentado a continuación:

Letra y No. De pregunta.	Detalles

Atención: Indispensable leer antes de firmar.

Estamos informados que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, conforme el presente cuestionario puedan dar lugar a la rescisión del contrato que llegará a celebrarse y en consecuencia, a la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

Lugar y Fecha

Firma del proponente

Firma de la persona por asegurar