



Cuestionario de Diabetes

(Para ser llenado por el solicitante)

Derivado de la información declarada por usted en la solicitud No. _____ necesario nos proporcione la siguiente información adicional:

Nombre del solicitante: _____

Fecha en que fue diagnosticada la diabetes: _____

En qué consiste su tratamiento actual si es que sigue alguno?: _____

Medicamentos que utiliza	Dosis:	Fecha de Inicio

¿Cuál es la cantidad más alta de azúcar que se le ha encontrado en la sangre y en que fecha?: _____

¿Cuál fue el resultado de la última dosificación de azúcar en la sangre y en que fecha?: _____

¿Cuál fue el resultado de la última dosificación de azúcar en la orina y en que fecha?: _____

¿Se le ha practicado la prueba de hemoglobina glicosilada? SI NO

En caso afirmativo mencione la fecha de su última prueba y el resultado. _____

¿Ha sufrido algún coma diabético? SI NO En qué Fecha: _____

¿Ha sufrido de angina de pecho, insuficiencia coronaria, infarto al miocardio o hipertensión arterial?

SI NO En qué fecha: _____

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten, podría originar la pérdida de los derechos del solicitante o de los beneficiarios en su caso.

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha