



Cuestionario de Hipertensión Arterial

(Para ser llenado por el solicitante)

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

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de diagnóstico: _____ Fecha de última consulta: _____

¿Tiene tratamiento antihipertensivo? SI NO

En caso afirmativo ¿Cuál? _____

Medicamentos que utiliza: _____

Dosis: _____ Fecha de inicio: _____

Cifras de tensión arterial actuales: _____

Si el tratamiento ha sido discontinuado, indique fecha y causa de la suspensión:

¿Se han presentado complicaciones? SI NO

En caso afirmativo detallar: _____

¿Con motivo de la enfermedad ha estado incapacitado? SI NO

En caso afirmativo:

¿Cuántas veces?: _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Proporcione fechas y resultados de los estudios practicados, principalmente radiografías de tórax y electrocardiogramas _____

¿Fumador? SI NO Cigarrillo promedio por día: _____

¿Desde cuándo? _____

¿Cuál es su estado de salud actual?: _____

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 preguntes, podría originar la pérdida de los derechos del solicitante o de los beneficiarios en su caso.

Firma del Solicitante

Lugar y Fecha