



PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

1. Nombre y Dirección completa de los Médicos que atienden regularmente a cualquiera de los miembros de su familia:

2. ¿Ha tenido el Titular o sus Familiares Dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Marque con una "X" o circule SI o NO escribiendo en la casilla correspondiente a la persona que aplica a cada una de las enfermedades en el cuadro a continuación:)

Descripción de Preguntas	Titular		Depen- dientes		Nombre de la Persona para la cual es Afirmativa la Respuesta
	SI	NO	SI	NO	
a) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
c) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
d) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
e) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
f) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario, del recto u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
g) ¿Diabetes, tiroide u otro trastorno endocrinólogo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
h) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
i) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
j) ¿Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
k) ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
l) ¿Trastorno del sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
m) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
n) ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
o) ¿Ha consultado un médico durante los últimos doce meses?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
p) ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos-X o cualquier otro examen para diagnóstico?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
q) ¿Le ha sido recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía, que no haya sido realizado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
r) ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
s) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
t) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
SOLO PARA MUJERES					
u) ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos? INDIQUE la fecha última de su menstruación ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
v) ¿Operación cesárea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
w) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (o su cónyuge) (Si así es, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

3. ¿Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?

Si cualquiera de las respuestas fuera afirmativa, por favor indique detalles a continuación:

Ejemplo			
Pregunta 2-e	Persona a la que Aplica Carlos Tarjetero	Dolencia o Tratamiento Úlcera Péptica	Fecha Nov-2001
Duración 1 mes	Nombre del Médico Juan Curalotodo	Hospital Centro de Salud	

Pregunta	Persona a la que Aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que Aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que Aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que Aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que Aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que Aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del Médico	Hospital	

Nombre del Asegurado Titular: _____

Póliza No. _____ Certificado No.: _____

Firma del Asegurado Titular: _____ Fecha: _____