

El médico examinador debe solicitar al candidato del seguro identificación satisfactoria antes de proceder con el examen:

PARTE I DECLARACIÓN DEL CANDIDATO

1. Nombres:		2. Apellidos:	
3. Fecha de nacimiento:		4. Documentos de identificación No.:	
5. Ocupación actual:		6. Tiempo de ejercerla:	
7. Dirección particular:		8. Teléfono:	

9. Padece actualmente de alguna enfermedad grave? SI___ NO___ ¿Cuál?	Amplíe detalles a las respuestas afirmativas				
	Clase	Cantidad	Frecuencia	Desde cuándo	Hasta cuándo
10. a) ¿Ingiera bebidas alcohólicas? SI___ NO___ b) ¿Las ha ingerido anteriormente? SI___ NO___					
11. a) ¿Usa drogas llamadas narcóticos o estimulantes? SI___ NO___ b) ¿Ha usado drogas anteriormente? SI___ NO___					
12. a) ¿Fuma cigarrillos, cigarros o pipa? SI___ NO___ b) ¿Ha fumado anteriormente? SI___ NO___					
13. ¿Ha cambiado su peso en el último año? SI___ NO___	Libras aumentadas	Causa:			
	Libras disminuidas	Causa:			
14. ¿Ha recibido Ud. de una Cia. de Seguros o de otra institución alguna indemnización a causa de lesión o enfermedad? SI___ NO___	Detalle:				

15. Ha faltado a su trabajo en los dos últimos años por motivo de enfermedad SI___ NO___ Detalle: _____

16. ¿Se le ha aconsejado alguna vez cambio de residencia u ocupación por motivos de salud, o lo ha efectuado usted? SI___ NO___
 Detalle: _____

17. ¿Le ha sido rechazada, estraprimada o pospuesta alguna solicitud de seguro? SI___ NO___ Detalle: _____

18. **HISTORIA FAMILIAR:** (Padres, abuelos, tíos, hermanos)

A) Ha habido o existen en su familia casos de:

Especifique: _____	a) Diabetes mellitus	SI___ NO___
_____	b) Epilepsia	SI___ NO___
_____	c) Cáncer	SI___ NO___
_____	d) Demencia	SI___ NO___
_____	e) Enfermedades del aparato circulatorio (incluyendo hipertensión)	SI___ NO___
_____	f) Suicidio	SI___ NO___
_____	g) Enfermedades infecciosas (especialmente tuberculosis pulmonar)	SI___ NO___
_____	h) SIDA	SI___ NO___

B)	FAMILIARES VIVIENTES		FAMILIARES FALLECIDOS	
Parentesco	Edad	Estado de salud (Si no es bueno, dar detalles)	Edad a su muerte	Causa de su muerte
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hermanos				

19. a) Ha sido operado? SI___ NO___ Fecha de operación: _____ Centro asistencial: _____ Causa: _____
 b) ¿Tiene pendiente alguna operación? SI___ NO___ Explique: _____

20. a) Médicos que ha consultado en los últimos cinco años:

Fecha de su última consulta: _____	Padecimiento: _____
b) Odontólogos consultados: Dr. _____ Dirección: _____	
Dr. _____ Dirección: _____	

21. Padece o ha padecido de:

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Diabetes mellitas			Tuberculosis			Enfermedad de la vesícula biliar		
Colitis			Bronquitis crónica o asma			Enfermedades de la vejiga		
Gastritis			Angina de pecho			Perdida del conocimiento		
Úlcera del estómago			Enfermedad de la circulación			Acido úrico elevado (gota)		
Úlcera de duodeno			Tensión arterial alta o baja			Chanero, gonorrea, Sífilis		
Tumor o cáncer			Enfermedades de la tiroides			Trastornos del Sistema nervioso		
Epilepsia			Enfermedades del hígado			Infarto del corazón		
Fiebre reumática			Enfermedades de los riñones			Otras enfermedades del corazón		
Reumatismo o artritis			Enfermedades de la próstata			Otras enfermedades o lesiones graves		
Hepatitis B y/o C			Enfermedades de los huesos					

22. ¿Ha estado internado en algún Hospital o Clínica? Sí _____ NO _____		23. ¿Se le han hecho estudios con Rayos X Sí _____ NO _____		24. ¿Se le han practicado electrocardiogramas? Sí _____ NO _____	
23. ¿Le han hecho: endoscopias, resonancias, tomografías, ultrasonidos, ecografías u otros procedimientos diagnósticos? SI _____ NO _____ ¿Cuales, Cuando, Diagnósticos?					
24. ¿Actualmente toma algún medicamento? Sí _____ NO _____ Clase: _____ ¿Para qué? _____					
25. Ha consultado usted a un medico o fue tratado por alguien a causa o sospecha de SIDA Sí _____ NO _____ Por quién y resultado: _____ ¿Sufrió o esta sufriendo de los siguientes síntomas: fiebre, permanente o en intervalos, sudoración nocturna, pérdida inexplicable de peso, cansancio, fatiga, decaimiento corporal, tumefacciones de los ganglios linfáticos, diarrea, alteraciones climatológicas inexplicables, tos o dificultades para respirar? Sí _____ NO _____ En caso afirmativo, quien lo trato a quien consulto al respecto? _____ ¿Cuándo y dónde? _____ Le han administrado transfusiones sanguíneas y/o derivados de la sangre? Sí _____ NO _____ ¿Cuándo y dónde? _____					
26. En caso de ser mujer se contestará además: a) ¿Ha tenido alguna enfermedad en los pechos, matriz, ovarios? Sí _____ NO _____ b) ¿Ha llegado a la menopausia? Sí _____ NO _____ c) ¿Son sus menstruaciones regulares y normales? Sí _____ NO _____ d) ¿Ha sido esterilizada? Sí _____ NO _____ e) ¿Cuántos hijos ha tenido? _____ ¿Cuántos viven? _____					
Amplie detalles sobre las respuestas afirmativas de arriba (del No. 18 al 27) *Si el espacio es insuficiente amplíe la información en hoja adicional.					
No.	Operación, consulta, padecimiento o accidente			Fecha	Resultado

Juro que todas las respuestas que proporcioné al médico que realizó el examen y que aparecen en este cuestionario, aunque no fueran escritas por mi, son ciertas y exactas; las emití para que fueran tomadas en cuenta para realizar la evaluación de la solicitud de seguros que presenté a la compañía de seguros, por lo que estoy totalmente enterado (a) que dicha compañía tiene el derecho de cancelar el contrato de seguro o de negar el pago de la reclamación, si fuera el caso, si en alguna de ellas hay alguna falsedad o inexactitud.

AUTORIZACIÓN

Extiendo una autorización amplia e incondicional a la compañía de seguros para que requiera a quien posea información sobre tratamientos, diagnósticos, pruebas y en general cualquier información referente a mi persona que crea importante para evaluar mi solicitud de seguro. Al mismo tiempo, libero a la persona o cualquier institución que proporcionen tal información de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de tal hecho. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y valida como el original.

Fecha: _____ f. _____ f. _____

LEA CUIDADOSAMENTE LO ANTERIOR ANTES DE FIRMAR	Testigo	Propuesto Asegurado
--	---------	---------------------

PARTE II-EXPLORACION FÍSICA

29. a) ¿Esta ud. emparentado con el candidato?	Sí _____ NO _____	30. ¿Conoce usted al candidato?	Sí _____ NO _____
b) ¿Con el agente?	Sí _____ NO _____	¿Desde cuándo?	_____

31. ASPECTO FISICO:	DETALLAR
a) ¿Qué edad representa? _____ años	_____
b) ¿Su aspecto es de persona sana?	Sí _____ NO _____
c) ¿Existe alguna deformidad, cicatriz o marca que pueda servir para identificarlo?	Sí _____ NO _____
d) ¿Hay paresias o parálisis?	Sí _____ NO _____
e) ¿Se aprecia algún trastorno de las facultades psíquicas?	Sí _____ NO _____
f) ¿Existe algún dato en el aliento, dientes,dedos del solicitante que indique que fume?	Sí _____ NO _____

32. PESO Y MEDIDAS	33. TENSIÓN ARTERIAL: (Método auscultatorio)
a) Estatura sin zapatos _____ METROS	Tensiometro usado _____
b) Peso sin ropa _____ LIBRAS	BRAZO : Derecho _____ Izquierdo _____
c) Medida del pecho a nivel de las axilas: 1. En inspiración forzada _____ 2. En inspiración completa _____	Acostado _____/ _____ Electrónico _____ De Pie _____/ _____ Mercurio _____
d) Medida del abdomen a nivel del ombligo _____	(Si es sobre 145 sistólicas 90 diastólicas, por favor repita
e) ¿Midió y pesó usted al candidato? Sí _____ NO _____	toma al final del examen y anote en 2da. Lectura)

34. CORAZÓN:			BRAZO: Derecho _____ Izquierdo _____	
a) Es el ritmo regular	Sí _____ NO _____		2da. Lectura	
b) Frecuencia cardíaca (por minuto)	_____		Acostado _____/_____ _____/_____	
1. Sentado y descansado	_____		De pie _____/_____ _____/_____	
2. Inmediatamente después de 10 genuflexiones vigorosas	_____		35. PULSO:	
3. Tres minutos después del ejercicio	_____		a) ¿Están presentes los pulsos radiales? Sí _____ NO _____	
c) Extrasístoles, indicar numero y su comportamiento con el ejercicio	_____		b) ¿Están presentes los pulsos pedios? Sí _____ NO _____	
d) La punta del corazón: ¿Dónde la localiza?	_____		36. TORAX Aparato respiratorio:	
¿A qué distancia de la línea media esternal?	_____ cm.		Inspección:	
e) ¿Hay datos anormales a la palpación? (fremitos, frotos, etc.)	_____		a) ¿La forma y el volumen son normales? Sí _____ NO _____	
f) ¿Es normal la auscultación en los focos clásicos?	Sí _____ NO _____		b) ¿Es igual la expansión de los dos lados? Sí _____ NO _____	
(Si existen soplos o ruidos anormales, detallar)	_____		Auscultación:	
			a) ¿Hay disnea? Sí _____ NO _____	
			b) ¿Encuentra Ud. otros signos anormales? Sí _____ NO _____	
			c) ¿Hay ronquera o alteración de la voz? Sí _____ NO _____	
37. ABDOMEN:				
a) ¿Encuentra patología en el hígado, bazo región apendicular, vesícula biliar, riñones, etc.? _____				
b) ¿Hay hernia? ¿De qué tamaño es? ¿Sitio? ¿Es irreducible? _____				
38. OJOS:			Derecho _____ Izquierdo _____	
a) ¿Cuál es el estado anatómico?	_____	_____	39. EXAMEN DE ORINA:	
b) ¿Cuál es el estado de la visión?	_____	_____	La muestra deberá ser remitida al laboratorio por el médico examinador.	
PUPILA:			¿La envió?	
c) ¿Tiene de forma circular?	_____	_____	Sí _____ NO _____	
d) ¿Es de tamaño normal?	_____	_____		
e) ¿El reflejo de la luz es normal o esta disminuido o abolido?	_____	_____		
OIDOS:				
f) ¿El estado de la audición es normal ?	_____	_____		
39. EXISTEN ANORMALIDADES EN:			DETALLAR	
a) Sistema nervioso (investigar reflejos)	Sí _____ NO _____		_____	
b) Aparato respiratorio superior.	Sí _____ NO _____		_____	
c) Cuello: tiroides, paratiroides, ganglios linfaticos	Sí _____ NO _____		_____	
d) Boca. (Lengua, amígdalas, dentadura, etc)	Sí _____ NO _____		_____	
e) Ojos. Fondo de ojo	Sí _____ NO _____		_____	
f) Oidos.	Sí _____ NO _____		_____	
g) Arterias y venas superficiales.	Sí _____ NO _____		_____	
h) Piel, musculos, huesos, articulaciones.	Sí _____ NO _____		_____	
i) Mamas, axilas, genitales, ingles.	Sí _____ NO _____		_____	
j) En cualquier otra parte del cuerpo	Sí _____ NO _____		_____	
40. CONCLUSIÓN				
A mi juicio, la compañía debe considerar el riesgo como:				
NORMAL _____ Sub. Normal _____ Dudoso _____				
¿Por qué? _____				
41. Certifico haber examinado cuidadosamente a _____				
Privadamente en mi clínica a las _____ horas de este día.				
Guatemala ; _____ de _____ de _____.				
Nombre de médico examinador: _____				
Sello y firma _____				
Firma propuesto asegurado _____ Teléfono: _____ Colegiado activo No. _____				