

## Declaración de Salud

Nombre del plan  Fundamental  Superior  Royal  Max  Platinum No. Afiliado

**Datos del Solicitante**

Primer nombre Segundo nombre

Primer apellido Segundo apellido

Apellido de casada Documento identificación  Cédula  Pasaporte No.

Teléfono Casa Oficina Celular

¿Esta Usted (su esposa) embarazada?  Si  No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? Semanas

Usted o algún familiar padece o ha padecido de las enfermedades siguientes: (marca con una X)

- |  |                                |                                |                                |                                  |                                     |                                  |                               |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas    | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial     | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Enfem. de los Riñones     | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de la Próstata | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |

Fuma Usted:  Cigarillo  Puro  Pipa Unidades diaria: ¿Desde hace cuánto? Meses ó Años

¿Ha padecido Usted o alguno de sus dependientes de alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres (3) meses?  Si  No  
En caso afirmativo, ¿Especifique quién y el tipo de lesión o enfermedad?

¿Consumo Usted bebidas alcohólicas?  Si  No En caso afirmativo, con que frecuencia las consume  Diario  Semanal  Mensual

¿Consumo Usted o ha consumido alguna vez estupefacientes?  Si  No  
En caso afirmativo, especifique

Se ha recomendado a Usted o alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento?  Si  No  
En caso afirmativo, detalle:

1.Nombre del paciente Fecha

Nombre del médico Tratamiento o Int. Quirúrgica

2.Nombre del paciente Fecha

Nombre del médico Tratamiento o Int. Quirúrgica

3.Nombre del paciente Fecha

Nombre del médico Tratamiento o Int. Quirúrgica

4.Nombre del paciente Fecha

Nombre del médico Tratamiento o Int. Quirúrgica

Firma del Solicitante

Fecha de la solicitud