



DECLARACIÓN DE SALUD AMPLIADA

Identificación del Tomador Propuesto

Nombres _____ Apellidos _____
 C.I. _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

.....
1. ¿Ha recibido o recibe Ud. tratamiento para:

- a) Cualquier enfermedad o síntomas de ojos, oídos, nariz o garganta. Alergias. Defecto en ojos, nariz, pabellones auriculares, boca. Si No
- b) Mareos, desmayos, convulsiones, tics, dolor de cabeza, parálisis, defectos al hablar, trastornos nerviosos o mentales Si No
- c) Falta de aire, ronquera o tos persistente, esputos con sangre, bronquitis, neumonía, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos Si No
- d) Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión, fiebre reumática, soplos cardíacos, infarto o cualquier otro trastorno del corazón o aparato circulatorio Si No
- e) Ictericia (coloración amarilla de piel y mucosas), hemorragia gastrointestinal, úlcera gástrica o duodenal, hernias, apendicitis, colitis, divertículos, pólipos, reflujo gastroesofágico, esofagitis, hemorroides o cualquier otro trastorno del esófago, estómago, intestino, páncreas, hígado o vesícula Si No
- f) Glucosa, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea, cálculos, arenilla, infecciones u otros trastornos de riñones, vejiga, próstata u órganos reproductivos Si No
- g) Diabetes, enfermedades de la tiroides u alguna otra glándula Si No
- h) Neuritis, ciática, lumbago, reumatismo, artritis, gota, cojera, amputación o cualquier trastorno de músculos, huesos o articulaciones incluyendo columna o espalda Si No
- i) Desórdenes y/o trastornos de pigmentación de la piel, glándulas linfáticas, quistes, tumor, cáncer Si No
- j) Alergias, anemias o cualquier otro trastorno de la sangre Si No

2.- ¿Recibe Ud. algún tratamiento? Indique cuál Si No

3.- ¿Ha cambiado de peso corporal en el último año? Indique cuánto y en cuánto tiempo Si No

4.- Aparte de lo anterior ¿Ha tenido en los últimos cinco años:

- a) ¿Algún trastorno físico o mental no mencionado anteriormente? Si No
- b) ¿Algún chequeo, consulta, enfermedad, lesión o cirugía? Si No
- c) ¿Ha estado Ud. internado en alguna clínica, hospital, sanatorio o institución médica? Si No
- d) ¿Se le practicó alguna exploración diagnóstica, ECG, Radiografía, **Tomografía, Resonancia?** **Indique cuál y por qué** Si No
- e) ¿Se le indicó alguna exploración diagnóstica, Radiografía, ECG, hospitalización o cirugía que no haya sido realizada? **Indique cuál y por qué** Si No

5.- Historia familiar de tuberculosis, diabetes, cáncer, hipertensión, enfermedades del corazón o riñones, enfermedades mentales o neurológicas, suicidio o intento? Si No

	Edad si vive	Condición actual	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
Hermanos(as)				

