

CUESTIONARIO DE DIABETES MELLITUS

Fecha: _____

Nombre del asegurado propuesto:		Fecha de nacimiento:			
Ocupación:		Altura: mts. ____ cms. ____	Peso: ____ kgs.	Peso hace dos años ____ kgs.	
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS		SI	NO	DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS	
1. ¿Esta su orina normalmente libre de azúcar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y dirección del doctor que hizo el diagnóstico de diabetes:	
				Fecha del diagnóstico de diabetes:	
2. ¿Ha tenido una prueba de azúcar en la sangre alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?	¿Cuál fue el resultado?
3. ¿Recibe tratamiento o está usted bajo supervisión médica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y dirección de su doctor:	
4. ¿Se encuentra usted ahora a dieta?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteína: _____ grms.	Grasa: _____ grms.
5. ¿Toma insulina?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad:	
6. ¿Toma medicinas orales para el control de su diabetes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de dosis:	
7. ¿Usted a discontinuado sus medicamentos o dieta alguna vez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. ¿Lo han tratado alguna vez por coma diabética, acidosis o reacción de insulina?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explique:	
9. ¿Ha tenido usted alguna vez?				Explique:	
a) cualquier problema de la vista		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) problema del corazón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) presión arterial alta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) repetición o prolongación de enfermedades		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. ¿Le han hecho un electrocardiograma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha: ¿Fue normal?
11. ¿Le han tomado una radiografía del tórax?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha: ¿Fue normal?

Todas las declaraciones y respuestas que aparecen arriba son correctas y exactas a mi leal saber y entender y las mismas serán consideradas como parte de mi solicitud de seguro de vida.

Firma del asegurado

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-57-872004420-11032021 el 11-03-2021.