

INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR

ANAMNESIS DETALLADA

I. DECLARACIONES DE LA PERSONA A ASEGURAR

Se solicita al médico que escriba el mismo las respuestas. El médico examinador debe pedir una identificación vigente a la persona a asegurar para constatar su identidad. Indique que documento mostró:

Cédula de ciudadanía:	Pasaporte No.
Nombres y apellidos:	Fecha de nacimiento: día: _____ mes: _____ año: _____
Profesión:	Actividad económica actual:
Dirección:	Teléfono: _____ Ciudad: _____

SEÑALE LO QUE PROCEDA	SI	NO	COMENTARIOS
1. ¿Ha habido entre sus familiares directos (padres y hermanos) casos de hipertensión, enfermedad cardiaca circulatoria, diabetes o enfermedades hereditarias antes de los 65 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Quién?
2. a) ¿Tiene actualmente algún tipo de afección? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? ¿Desde cuándo? ¿Qué medicación recibe?
b) ¿Su capacidad de trabajo esta reducida? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Duración?
c) ¿Durante los últimos 5 años ha sido Ud. Dado de baja en su trabajo durante más de 4 semanas? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo? ¿Por qué?
3. ¿Padece Ud. o ha padecido de enfermedades, trastornos o afecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
a) Del aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis recurrentes o crónica, neumonía, tuberculosis u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Del corazón o del aparato circulatorio tales como: hipertensión, trastornos circulatorios, infarto al miocardio, fallo o insuficiencia cardiaca, palpitaciones, ataque cerebral, flebitis, várices u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
c) Del sistema nervioso o psíquico tales como: epilepsia, vértigo, parálisis, neuritis, depresión, u otras? ¿Ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
d) Del aparato digestivo tales como: hernia hiato, úlcera de estómago o del intestino, inflamaciones, hemorragias, hemorroides, ictericia, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
e) Del aparato urinario o genital tales como: enfermedades de los riñones, de los uréteres, de la vejiga o de la próstata, cálculos, presencia de sangre o de albúmina en la orina u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
f) Del metabolismo o de la sangre tales como: diabetes, aumento de colesterol, del ácido úrico, enfermedades de la tiroides, trastornos hormonales, anemia, trastornos de la coagulación u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
Del sistema inmunitario o enfermedades infecciosas tales como: SIDA, infección VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, enfermedades tropicales u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
g) De la piel tales como: eccema, alergias, psoriasis, micosis, cáncer u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) ¿Del aparato locomotor (huesos, articulaciones, columna vertebral, discos intervertebrales, músculos, ligamentos, tendones), artrosis, reumatismo u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
i) De los ojos tales como: agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dioptrías: izq. _____ der. _____

SEÑALE LO QUE PROCEDA	SI	NO	COMENTARIOS
j) De los oídos tales como: ¿sordera, inflamación u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
k) Otras enfermedades, trastornos o molestias no citados anteriormente (p. ej. Enfermedad congénita, deformidad, tumor, cáncer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuándo? ¿Duración? ¿Médicos tratantes con indicación de domicilio?
4. Para personas del sexo femenino:			Se ruego indicar nombre del médico tratante, teléfono y dirección.
a) ¿Está Ud. embarazada? ¿En caso afirmativo, el embarazo ha transcurrido con normalidad hasta la fecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha prevista del parto: _____
b) ¿Ha padecido Ud. alguna afección ginecológica o de glándula mamaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? ¿Fecha? ¿Duración?
5. ¿Ha sufrido algún accidente, herida o intoxicación que haya requerido una hospitalización o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consecuencias:
6. a) ¿Le han efectuado alguna exploración, tratamiento u operación en un hospital o en cualquier institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Cuál? Detalles:
b) ¿Ha sido sometido a una intervención de cirugía plástica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Le han prescrito o está previsto que Ud. realice una cura dietética, tratamiento de adelgazamiento o aumento de peso, de reposo, de desintoxicación u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ¿Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente o sometido a alguna operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) En el curso de los últimos 5 años, ha sido Ud. tratado o aconsejado por:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Un psicoterapeuta (p. ej. Psiquiatra o psicólogo).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Quiropráctico o fisioterapeuta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ¿Le han suministrado o prescrito medicamentos durante más de 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) ¿Ha sido Ud. tratado con sustancias radiactivas o rayos? ¿Ha recibido alguna vez una transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. ¿Se ha sometido en el transcurso de los últimos 5 años a exámenes especiales tales como radiografías, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética, electrocardiograma, electroencefalograma, endoscopia, otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados:
8. ¿Se ha sometido Ud. a un test de detección de SIDA que haya dado positivo o probablemente positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados:
9. a) ¿Practica Ud. algún deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? ¿Frecuencia?
b) ¿Fuma Ud.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué? ¿Cuánto por día?
c) ¿Consume Ud. bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuánto por día?
d) ¿Toma Ud. analgésicos, somníferos, tranquilizantes u otros medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuánto por semana? ¿Desde cuándo?
e) ¿Consume Ud. o ha consumido estupefacientes (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo por última vez?
10. a) ¿Cuál ha sido el último médico que consulto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Cuándo?
b) ¿En el curso de los últimos 5 años ha consultado algún médico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Nombre del médico que mejor conoce su estado de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Certifico haber contestado completa y verídicamente las preguntas antes citadas. Autorizo a los médicos, a las instituciones médicas y a otras compañías de seguros interrogadas por la compañía a darle a ésta, las informaciones necesarias por ésta propuesta o para la liquidación de un siniestro.

Lugar _____ fecha: día _____ mes _____ año _____

Firma del propuesto asegurado: _____

Dirigido al médico examinador: Le agradecemos proceda al examen médico respondiendo a las preguntas de la siguiente sección. Los exámenes complementarios no se abonarán a no ser que sean expresamente solicitados por la compañía.

II. EXAMEN MÉDICO Se ruega al médico dar detalles sobre los estados patológicos o anormales.

SEÑALE LO QUE PROCEDA	SI	NO	COMENTARIOS
11. a) Fecha del examen_____			_____
b) ¿Ha tratado o examinado Ud. ya a la persona a asegurar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo? Motivo:
c) ¿Es Ud. pariente de la persona a asegurar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) La persona a asegurar tiene un aspecto sano y corresponde a la edad indicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. a) Talla			Talla: _____cm Peso: _____kg IMC _____
b) Perímetro abdominal			Abdomen (en el ombligo) _____cm
13. Piel			
a) ¿Tiene alguna afección cutánea (p. ej. Erupción, tumor, ulceración u otra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿Existen cicatrices, negus sospechosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Aparato Respiratorio			¿Desde cuándo? ¿Causa?
a) ¿Tiene ronquera? ¿Tos crónica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿Hay deformación de la caja torácica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿La percusión y la auscultación son anormales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ¿Existen otros síntomas que indiquen una afección del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Corazón y aparato circulatorio			
a) ¿El choque de la punta es anormal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿Los ruidos del corazón (intensidad, desdoblamiento) son anormales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Se ausculta algún soplo cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caso afirmativo:			
¿Sistólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Diastólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Punto máximo y propagación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El soplo es orgánico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.C. _____ F.R. _____
d) ¿Tensión arterial, frecuencia del pulso?			
Si los valores son superiores a 140/90 mm Hg. ¿Efectuar una nueva medida?			
			Sistólica / Diastólica
			Tensión arterial _____ _____
			Segunda medida _____ _____
			Tercera medida _____ _____
e) ¿El pulso es irregular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ¿Los pulsos periféricos bilaterales están ausentes o disminuidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) ¿Se perciben soplos vasculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) ¿Existen síntomas de insuficiencia o de descompensación cardíaca? (disnea, cianosis, edema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Gravedad? ¿Extensión? ¿Ulceraciones? ¿Cicatrices?
i) ¿Existen varices?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Aparato digestivo y abdomen			
a) ¿La lengua, las mucosas, la faringe y las amígdalas tienen un aspecto normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿El examen clínico, la palpación y la persecución del abdomen han revelado algo anormal (estómago, hígado, vesícula biliar, aorta, bazo, intestinos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Existen síntomas de alguna afección del aparato digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ¿Hay alguna hernia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Sistema nervioso / órganos de los sentidos			
a) ¿Existen indicios de afección de los órganos de los sentidos, esencialmente disminución de la agudeza visual o del oído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿Reflejos anormales (pupilares, abdominales, rotulianos, aquiliano, babinsky)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay razones para sospechar presencia de trastornos psíquicos o neurológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SEÑALE LO QUE PROCEDA	SI	NO	COMENTARIOS
18. Esqueleto / Aparato Locomotor			
a) ¿Existen malformaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿Hay indicios de una afección de la columna vertebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay afecciones de los músculos, de las articulaciones o de los huesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Diversos			
a) ¿Hay aumento del volumen de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿La glándula tiroides está agrandada o modificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay síntomas de trastornos anormales (p. ej. Glándulas suprarrenales, gónadas, tiroides)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. a) ¿Hay indicios de alcoholismo, abuso de tabaco, de medicamentos o consumo de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿Las actividades y el modo de vida de la persona examinada son perjudiciales para su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿Hay otros factores de riesgo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Ha recomendado Ud. ¿Otras medidas (nuevo control, exámenes, tratamiento, modo de vida)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Apreciación Final			

IMPORTANTE: POR FAVOR ABSTENERSE DE HACER AL CANDIDATO CUALQUIER COMENTARIO QUE PUDIERA PERJUDICAR LA DECISIÓN DEL ASEGURADOR.

Declaro haber interrogado y examinado al asegurado propuesto y haber respondido con toda buena fe a las preguntas que preceden.

Ciudad

Lugar: _____ Fecha: día ____ mes: ____ año: _____

Firma - sello del médico examinador

Calificación otorgada por médico examinador

Lugar: _____ Fecha: día ____ mes: ____ año: _____

Médico calificador
Sello / Firma

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-55-872004420-11032021 el 11-03-2021