

Nombre completo: \_\_\_\_\_ No de cédula: \_\_\_\_\_

Peso actual: \_\_\_\_\_Kg. Estatura: \_\_\_\_\_Mts

1. ¿Ha tenido algún malestar o enfermedad, o ha estado hospitalizado durante los últimos seis meses?

Sí  No  En caso afirmativo indique:

Tipo de malestar o enfermedad: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Duración del malestar o enfermedad: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro Hospitalario o Clínica donde recibe tratamiento médico:

\_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

2. Consume bebidas alcohólicas? Sí  No  En caso afirmativo indique:

a) Cantidad: \_\_\_\_\_ b) Frecuencia: \_\_\_\_\_

3. Fuma usted? Sí  No  En caso afirmativo indique:

a) Cantidad: \_\_\_\_\_ b) Frecuencia: \_\_\_\_\_

4. Consume drogas alucinógenas? Sí  No  En caso afirmativo indique:

Clase: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha tenido síntomas o padecido de deficiencia inmunológica?

Sí  No  En caso afirmativo indique:

Causas: \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

Resultados obtenidos: \_\_\_\_\_

Nombre del Centro Hospitalario o Clínica donde ha sido atendido:

\_\_\_\_\_

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

6. ¿Le han recomendado hacerse algún examen sanguíneo para determinar deficiencia inmunológica?

Sí  No  ¿Por qué le recomendaron el examen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha y lugar donde se practicó el examen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Resultados obtenidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Describa con detalle cualquier evento relacionado con su salud que no haya sido declarado en los

puntos anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Mencione los centros de salud, clínicas u hospitales donde recibe o ha recibido atención médica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Con pleno conocimiento de que el ocultamiento, la omisión o la falsedad dejan sin efecto el Seguro Mutual, así como que éste se otorga a personas de salud normal, por la presente doy fé de que me encuentro en buen estado de salud y hasta la fecha no se me ha diagnosticado médicamente alguna enfermedad o lesión que haya omitido en esta declaración. Asimismo, autorizo a los médicos y personas que me han exxaminado, a los hospitales y otros centros de salud, para que suministren información en relación con esta solicitud. Una copia fotostática de esta autorización será tan valida como el original.***

***La Sociedad se reserva el derecho de pedir un reconocimiento médico, cuando lo juzgue necesario. Esta poliza será disputable por espacio de tres años a partir de la fecha de su presentación. \_Última línea.\_***

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

No. De Cédula

\_\_\_\_\_

Fecha