

## EXAMEN MÉDICO DE INGRESO A PÓLIZA DEL RAMO DE SALUD

Las preguntas deberán de ser formuladas por el médico examinador, anotando las contestaciones con tinta y de su puño y letra. Este examen médico será practicado en el consultorio del médico y siempre en privado. Es de carácter estrictamente confidencial, por lo que el médico examinador no debe externar ninguna opinión personal al proponente y mucho menos al agente de seguros. Este examen deberá ser remitido directamente a la Compañía de Seguros junto con el resultado de estudios diagnósticos en caso de haber sido requeridos.

NOMBRE DEL SOLICITANTE:		
SEXO:	EDAD:	FECHA DE NACIMIENTO: DÍA    MES    AÑO
LUGAR DE RESIDENCIA:		OCUPACIÓN:
TEL. CASA:	NO. TEL. DE CELULAR:	CORREO ELECTRÓNICO:

### I. HISTORIA FAMILIAR

En caso de existir o haber existido en familiares directos del examinado casos de enfermedades que se describen a continuación, favor de colocar dentro del paréntesis el número que corresponda al familiar:

(1) Padre, (2) Madre, (3) Hermanos, (4) Abuelo Paterno, (5) Abuelo Materno, (6) Tíos

DIABETES MELLITUS	( )	ENFERMEDADES DEL RIÑÓN	( )
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	( )	ENFERMEDADES MENTALES	( )
CÁNCER Y/O LEUCEMIA	( )	ENFERMEDADES CONGÉNITAS	( )
ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	( )	OBESIDAD	( )
ARTRITIS	( )	TUBERCULOSIS	( )
ALERGIAS	( )	CONVULSIONES	( )

OTRAS: \_\_\_\_\_

PARENTESCO	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD A SU MUERTE	CAUSA DE MUERTE
A) PADRE				
A) MADRE				
A) HERMANOS	No. de Vivos		No. de Muertos	
A) CÓNYUGE				
A) HIJOS	No. de Vivos		No. de Muertos	

### II. HÁBITOS

#### 1. Tabaquismo:

A. ¿En qué año comenzó a fumar?	B. Numero de cigarrros diarios que fuma o fumaba:	C. ¿En qué año dejó de fumar?
D. ¿Por qué razón dejó de fumar?		E. ¿Fuma Usted actualmente? SI ( ) NO ( )

## 2. Alcohol:

A. ¿Ingiere Usted bebidas alcohólicas? SI ( ) NO ( )	B. Clase	C. Cantidad
D. Frecuencia DIARIA ( ) SEMANAL ( ) QUINCENAL ( ) MENSUAL ( )		
E. Si dejó de beber, señale la fecha y la causa:		
F. ¿Cuánto bebía antes? (clase, cantidad, frecuencia):		

## 3. Sustancias:

A. ¿Alguna vez ha usado Usted marihuana, heroína, barbitúricos, anfetaminas, LSD o cualquier otro tipo de drogas psicotrópicas? SI ( ) NO ( )

## 4. Peso:

A. ¿Ha variado su peso durante el último año? SI ( ) NO ( )	B. Kilogramos aumentados:	C. Kilogramos disminuidos:
D. Causa:		

## III. ANTECEDENTES PERSONALES

Ante cualquier respuesta afirmativa, se deberá detallar: fecha de ocurrencia y diagnóstico, cuadro clínico, estudios de laboratorio y/o gabinete realizados, tratamiento, evolución y secuelas en caso de existir, así como la especialidad del médico tratante.

### 1. Antecedentes Patológicos y enfermedades actuales

### OBSERVACIONES

A. ¿Padece actualmente alguna enfermedad?	SI	NO	
B. ¿En los últimos 2 años a consultado a algún médico?	SI	NO	
C. ¿Está sujeto a cualquier tipo de tratamiento médico?	SI	NO	

### Ha padecido o padece de:

### OBSERVACIONES

A. ¿Algún soplo cardiaco?	SI	NO	
B. ¿Dolor en el pecho o tórax?	SI	NO	
C. ¿Infarto en el corazón?	SI	NO	
D. ¿Alguna enfermedad del corazón?	SI	NO	
E. ¿Enfermedades de la circulación?	SI	NO	
F. ¿Presión Arterial alta?	SI	NO	
G. ¿Bronquitis crónica?	SI	NO	
H. ¿Asma?	SI	NO	
I. ¿Debilidad, desgano, falta de apetito?	SI	NO	
J. ¿Tuberculosis?	SI	NO	

K. ¿Úlcera en estomago y/o duodeno?	SI	NO	
L. ¿Cuadros diarreicos frecuentes?	SI	NO	
M. ¿Enfermedades del hígado?	SI	NO	
N. ¿Enfermedades de la vesícula biliar?	SI	NO	
O. ¿Enfermedades del intestino delgado y/o colon?	SI	NO	
P. ¿Enfermedades del recto y/o ano?	SI	NO	
Q. ¿Enfermedades de los riñones?	SI	NO	
R. ¿Enfermedades de la próstata?	SI	NO	
S. ¿Enfermedades de la vejiga?	SI	NO	
T. ¿Algún tipo de Diabetes?	SI	NO	
U. ¿Algún tumor?	SI	NO	
V. ¿Crecimiento ganglionar?	SI	NO	
W. ¿Cualquier tipo de cáncer?	SI	NO	
X. ¿Pérdida del conocimiento y/o convulsiones?	SI	NO	
Y. ¿Parálisis completa o de alguna parte de su cuerpo?	SI	NO	
Z. ¿Sudoraciones nocturnas?	SI	NO	
AA. ¿Trastornos nerviosos o mentales?	SI	NO	
BB. ¿Enfermedades de los huesos y/o articulaciones?	SI	NO	
CC. ¿Alguna otra enfermedad distinta a las anteriores?	SI	NO	
DD. ¿Alguna intervención quirúrgica?	SI	NO	

**En caso de ser mujer, padece o ha padecido de:**

A. ¿Enfermedades de las glándulas mamarias?	SI	NO	
B. ¿Enfermedades de los ovarios?	SI	NO	
C. ¿Enfermedades en la matriz (útero)?	SI	NO	
D. ¿Está Usted actualmente embarazada?	SI	NO	
E. Antecedentes Gineco-obstétricos	SI	NO	
* Gesta			
* Para			
* Abortos			
Fecha de la última menstruación	_____ / _____ / _____.		

**Alguna vez le han practicado:****RESULTADOS**

A. ¿Algún electrocardiograma?	SI	NO	
B. ¿Análisis o pruebas de laboratorio?	SI	NO	
C. ¿Radiografías?	SI	NO	
D. ¿Prueba para la detección de VIH SIDA?	SI	NO	

**MOTIVO**

¿Alguna vez ha estado hospitalizado?	SI	NO	
--------------------------------------	----	----	--

**IV. EXPLORACIÓN FÍSICA  
ANTROPOMETRÍA**

Estatura en centímetros	Peso en Kilogramos	I.M.C.	Perímetro del abdomen a nivel del ombligo: cms.
Perímetro del Tórax a nivel del apéndice xifoides en inspiración plena: cms.		Perímetro del Tórax a nivel del apéndice xifoides en inspiración forzada: cms.	

**PULSOS**

Frecuencia del pulso en un minuto completo	¿Son rítmicos?	SI	NO	¿Existen extrasístoles?	SI	NO	¿Cuántas por minuto?
--	----------------	----	----	-------------------------	----	----	----------------------

En caso de extrasístoles, favor de someter al paciente a cualquier esfuerzo (el solicitante realizará cualquier ejercicio físico, ya sean sentadillas, carrera estacionaria, etc.) de modo que su frecuencia se incremente, registrando el pulso como se solicita:

	En reposo	Después de ejercicio	Después
Frecuencia en un minuto completo			
¿Es rítmico?			
Número de extrasístoles por minuto			

**PRESIÓN ARTERIAL**

Sistólica	Diastólica
-----------	------------

En caso de encontrar cifras superiores a los 140/90, favor de realizar otras dos lecturas:

	Presión Arterial (lecturas adicionales)		
	1a. Lectura	2a. Lectura	3a. Lectura
Sistólica			
Diastólica			

**REGIÓN PRECORDIAL**

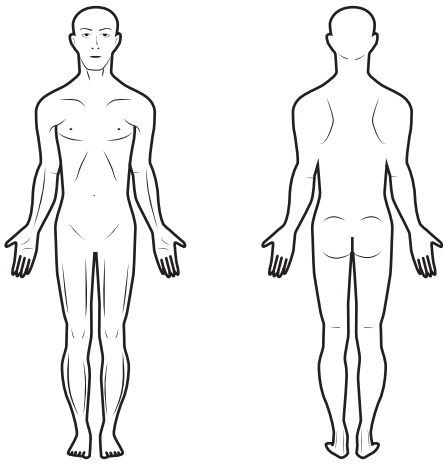
1. ¿A nivel de qué espacio intercostal se palpa la punta del corazón?	SI	NO	
2. ¿Existe algún dato anormal a la palpación del corazón?	SI	NO	
3. ¿Existe crecimiento cardiaco?	SI	NO	
3. ¿Existe algún soplo cardiaco?	SI	NO	

En caso de una respuesta afirmativa para la pregunta anterior, favor de especificar la localización, características e impresión diagnóstica del soplo (s):

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar al margen la mayor información posible:

**OBSERVACIONES**

A. ¿Alguna anomalía en su aspecto?	SI	NO	
B. ¿Existe disnea?	SI	NO	
C. ¿Existe alguna deformidad?	SI	NO	
D. ¿Falta algún miembro o parte de él?	SI	NO	
E. ¿Hay parálisis o paresias?	SI	NO	
F. ¿Hay movimientos anormales?	SI	NO	
G. ¿La marcha es normal?	SI	NO	
H. ¿Se aprecia algún trastorno psicológico o psiquiátrico?	SI	NO	
I. Existe cualquier anomalía en:			
1. ¿En el estado anatómico de los ojos?	SI	NO	
2. ¿En la visión?	SI	NO	
3. ¿En la audición?	SI	NO	
4. ¿En la cavidad oral y/o faringe?	SI	NO	
5. ¿En el cuello (ganglios, tiroides, arterias)?	SI	NO	
6. ¿En el tórax (inspección, auscultación)?	SI	NO	
7. ¿En la columna vertebral (deformidad, dolor)?	SI	NO	
8. ¿En el abdomen (inspección, palpación, dolor, visceromegalias, ascitis)?	SI	NO	
9. ¿En las extremidades (várices, úlceras, edema, articulaciones, reflejos)?	SI	NO	
J. ¿Existe algún dato en el aliento o dientes del paciente que señale que fume?	SI	NO	
K. Considera Usted el estado de salud del solicitante como:	SANO		DUDOSO
			ENFERMO



Colocar en la imagen la letra correspondiente a la parte de cuerpo donde presente tatuaje o cicatriz y descripción (medida, forma y color o colores si es tatuaje)

A) Tatuaje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B) Cicatriz por herida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C) Cicatriz por quemadura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D) Cicatriz por cirugía: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A) TATUAJE

B) CICATRIZ POR HERIDA

C) CICATRIZ POR QUEMADURA

D) CICATRIZ POR CIRUGÍA

### OBSERVACIONES

---



---



---



---

Del interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmar). Se previene al solicitante que conforme a la ley sobre el contrato del seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal como lo conozca o debe conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. para considerar rescindido de pleno derecho el contrato aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del Solicitante**

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcione a la Compañía todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores, en virtud de que he solicitado un seguro a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la compañía lo considere oportuno.

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del Solicitante**

Certifico haber examinado al solicitante cuya firma aparece al calce de sus declaraciones.

Nombre del Médico Examinador: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del Médico**