

## Declaración de Salud

Nombre del plan  Fundamental  Superior  Royal  Max  Platinum No. Afiliado

### Datos del Solicitante

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Apellido de casada \_\_\_\_\_ Documento identificación  Cédula  Pasaporte No.

Teléfono Casa \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

¿Esta Usted (su esposa) embarazada?  Si  No En caso afirmativo, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_ Semanas

Usted o algún familiar padece o ha padecido de las enfermedades siguientes: (marca con una X)

- |  |                                |                                |                                |                                  |                                     |                                  |                               |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas    | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial     | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                    | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Enfem. de los Riñones     | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de la Próstata | <input type="checkbox"/> Usted | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo (a) | <input type="checkbox"/> Tío (a) | <input type="checkbox"/> Otro |

Fuma Usted:  Cigarrillo  Puro  Pipa Unidades diaria: \_\_\_\_\_ ¿Desde hace cuánto? \_\_\_\_\_ Meses ó \_\_\_\_\_ Años

¿Ha padecido Usted o alguno de sus dependientes de alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres (3) meses?  Si  No  
 En caso afirmativo, ¿Especifique quién y el tipo de lesión o enfermedad?

¿Consumes Usted bebidas alcohólicas?  Si  No En caso afirmativo, con que frecuencia las consume  Diario  Semanal  Mensual

¿Consumes Usted o ha consumido alguna vez estupefacientes?  Si  No  
 En caso afirmativo, especifique

Se ha recomendado a Usted o alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento?  Si  No  
 En caso afirmativo, detalle:

1.Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Tratamiento o Int. Quirúrgica \_\_\_\_\_

2.Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Tratamiento o Int. Quirúrgica \_\_\_\_\_

3.Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Tratamiento o Int. Quirúrgica \_\_\_\_\_

4.Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Tratamiento o Int. Quirúrgica \_\_\_\_\_