

## CUESTIONARIO DE SALUD sin examen médico

Se ruega al proponente que conteste veraz y legiblemente a todas las preguntas

- 1.- a) Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_
- b) Lugar y Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ No. Identidad: \_\_\_\_\_
- c) Domicilio: \_\_\_\_\_ Estado Civil : \_\_\_\_\_
- d) Profesión ( actividad exacta ) Actual: \_\_\_\_\_ Anterior : \_\_\_\_\_
- e) ¿ Qué deportes practica ? \_\_\_\_\_ ¿ Con Competición ? \_\_\_\_\_

SI  NO

### Observaciones :

- 2.- a) ¿Cuál es su peso ? \_\_\_\_\_ Lbs. Estatura \_\_\_\_\_ Mts. \_\_\_\_\_
- b) Ha variado su peso en los \_\_\_\_\_   Aumento \_\_\_\_\_ Lbs. Disminución \_\_\_\_\_  
últimos 5 años ? Causa \_\_\_\_\_
- c) Consume Ud. bebidas alcohólicas ?  
¿ Cuáles ? ¿ Cuanto diariamente ?   \_\_\_\_\_
- d) ¿ Fuma Ud. ? ¿ Cantidad diaria ?   Cigarrillos \_\_\_\_\_ Puros \_\_\_\_\_ Pipas \_\_\_\_\_
- e) ¿ Hace o ha hecho uso de estupefacientes  
o estimulantes ?   ¿ Cuáles ? \_\_\_\_\_ ¿ Hasta cuándo ? \_\_\_\_\_
- f) ¿ Ha viajado usted o piensa viajar al  
extranjero ?   ¿ Duración ? \_\_\_\_\_ ¿ Donde ? \_\_\_\_\_  
¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Por qué ? \_\_\_\_\_

- 3.- a) ¿ Tiene Ud. que ser hospitalizado  
próximamente ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Por qué ? \_\_\_\_\_
- b) ¿ Le han prescrito medicamentos para  
el corazón o la circulación, hipertensión,  
anticoagulantes, antibióticos, insulina,  
hormonas, derivados de la cortisona,  
inyecciones, etc. ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_  
¿ Por qué ? \_\_\_\_\_  
¿ Cuáles ? \_\_\_\_\_
- c) ¿ Toma Ud. medicamentos contra el  
dolor de cabeza o cualquier otro dolor,  
somniaferos o tranquilizantes ?   ¿ Cuáles ? \_\_\_\_\_  
¿ Frecuencia ? \_\_\_\_\_
- d) ¿ Le han prescrito una cura de reposo,  
de desintoxicación, una cura dietética o  
de algún otro tipo ?   ¿ Cuánto tiempo ? \_\_\_\_\_ ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_  
Motivo \_\_\_\_\_
- e) ¿ Ha recibido alguna transfusión ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Por qué ? \_\_\_\_\_
- f) ¿ Le han recomendado no donar sangre ?   ¿ Por qué ? \_\_\_\_\_

- 4.- ¿ Ha sido Ud. sometido a algún exámen radioló-  
gico ? ( Tórax, aparato digestivo, vías urinarias,  
esqueleto, etc.)   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- ¿ Le han hecho o recomendado alguna vez :
- a) un electrocardiograma o prueba de esfuerzo ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- b) un electroencefalograma ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- c) un análisis de sangre ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- d) un análisis de orina ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- e) un test del SIDA ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- f) una ecografía ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- g) un estudio de isótopos radioactivos ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- h) una endoscopia ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_
- i) algún otro tipo de examen ?   ¿ Cuándo ? \_\_\_\_\_ ¿ Resultado ? \_\_\_\_\_

- 5.- a) ¿ Tiene Ud. alguna enfermedad ?   ¿Cuál ? \_\_\_\_\_
- b) ¿ Su capacidad de trabajo está reducida ?   ¿ Por qué ? \_\_\_\_\_  
¿ Desde cuándo ? \_\_\_\_\_
- c) ¿ Ha estado Ud. incapacitado en los últimos 5 años,  
durante más de 3 semanas consecutivas ?   ¿ Duración ? \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

6.- ¿ Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer diabéticos u otras enfermedades de posible carácter hereditario ?

SI  NO  ¿Cuáles ? \_\_\_\_\_

7.- ¿ Tiene Ud. o ha tenido, alguna de las enfermedades o trastornos siguientes ?

SI  NO

- a) **Afecciones de los órganos respiratorios:** ¿ Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresia, neumonía, tuberculosis pulmonar ?
- b) **Afecciones del aparato circulatorio:** ¿ Infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardiaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, várices ?
- c) **Afecciones del aparato o del sistema nervioso :** ¿ Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia ?
- d) **Afecciones del aparato digestivo :** ¿ Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, proctitis, fistulas del recto, diarrea crónica ?
- e) ¿ Enfermedades de los oídos ? ¿ Supuración ?
- f) ¿ Enfermedades de los ojos ? ¿ Inflammaciones, trastornos de la vista (grado) ?
- g) ¿ Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática ?
- h) ¿ Enfermedades de la piel ?
- i) ¿ Edema o supuración o aumento de volúmen de los gánglios linfáticos ?
- j) **Afecciones urinarias o de los órganos genitales :** ¿ Enfermedad de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata ? ¿ Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas ?
- k) ¿ Enfermedades venéreas o sea sexualmente transmisibles ?
- l) ¿ Enfermedades infecciosas : Escarlatina, difteria, amigdalitis de repetición, meningitis, fiebres, tifoidea, septicemia, hepatitis, SIDA, o tropicales (malaria, dengue, etc ) ?
- m) ¿ Enfermedades o trastornos citados anteriormente, por ejemplo enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, alergias, etc. ?

8.- a) ¿ Ha sido Ud. sometido a alguna intervención quirúrgica ?

b) ¿ Ha sufrido Ud. algún tratamiento con Rayos X, sustancia radioactivas, etc. ?

c) ¿ Ha sido Ud. víctima de algún accidente grave o intoxicación ? ( En caso de traumatismo craneal indicar si hubo coma o pérdida de conocimiento y su duración )

d) ¿ Ha sido Ud. tratado por un psiquiatra, psicólogo o un fisioterapeuta ?

e) ¿ Ha sido Ud. tratado por algún otro tipo de médico ?

9.- Para personas del sexo femenino.

a) ¿ Toma Ud. anticonceptivos o emplea dispositivo intrauterino ?

b) ¿ Está Ud. embarazada ? \_\_\_\_\_ De cuántos meses ? \_\_\_\_\_ El embarazo transcurre normalmente ?

c) ¿ Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, senos, etc.) ?

d) ¿ Quién es su Ginecólogo ? \_\_\_\_\_

Si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas del apartado del 7 a) a 9 c). especifique detalles	¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuelas?	Nombre y dirección del médico tratante

10.- ¿ Quién es su médico de cabecera ? \_\_\_\_\_

¿ Quién es el médico que le ha tratado por última vez ? ¿ Cuándo ? ¿ Por qué ? \_\_\_\_\_

11.- ¿ Tiene alguna otra cosa que declarar sobre su salud ? \_\_\_\_\_

AUTORIZACION

Las contestaciones y declaraciones que anteceden han sido escritas o dictadas personalmente y son completas y verdaderas, por lo tanto: Autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, Instituto Hondureño de Seguridad Social y Laboratorios que me hayan asistido o reconocido o que puedan asistirme o reconocirme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a la Compañía las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como original.

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

Firma del Agente