

### Datos de la Empresa

Razón Social	Fecha	<input type="text"/>
Actividad	C.U.I.T / C.U.I.P. n°	<input type="text"/>

### Declaraciones de la persona a asegurar

Apellidos, Nombres	C.U.I.L. n°	<input type="text"/>
Profesión	Fecha de nacimiento	<input type="text"/>
Actividad profesional actual		<input type="text"/>

### Domicilio

Calle	Nro.	<input type="text"/>	Piso/Dto.	<input type="text"/>	C.P.A.	<input type="text"/>
Provincia	Partido		Localidad			

### Informes

SEÑALE LO QUE PROCEDA	NO	SI	COMENTARIOS
1 Ha habido entre sus familiares directos (padres, hermanos) casos de hipertensión, enfermedades cardíacas o circulatorias antes de los 65 años, diabetes o enfermedades hereditarias?			Cuáles? Quién?
2 a) Tiene actualmente algún tipo de afección?			Cuál?
b) Su capacidad de trabajo está reducida?			Motivo? Duración?
c) Durante los últimos 5 años ha sido Ud. dado de baja en su trabajo durante más de 4 semanas?			Cuándo? Porqué?
3 Padece Ud. o ha padecido de enfermedades, trastornos o afecciones?			Cuáles? Cuándo? Duración? Curación? Médicos tratantes con indicación de domicilio:
a) del aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis recurrentes o crónica, neumonía, tuberculosis u otras?			
b) del corazón o del aparato circulatorio tales como: hipertensión, trastornos circulatorios, infarto del miocardio, fallo o insuficiencia cardíaca, palpitaciones, ataque cerebral, flebitis, varices u otras?			
c) del sistema nervioso psíquico tales como: epilepsia, vértigo, parálisis, neuritis, depresiones u otras? Ha intentado suicidarse?			
d) del aparato digestivo tales como: hernia hiatal, úlcera de estómago o del intestino, inflamaciones, hemorragias, hemorroides, ictericia, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas, u otras?			
e) del aparato urinario o genital tales como: enfermedad 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?			
f) del metabolismo de la sangre tales como: diabetes, aumento del colesterol, del ácido úrico, enfermedades de la tiroides, trastornos hormonales, anemia, trastornos de coagulación u otros?			
g) del sistema inmunitario o enfermedades infecciosas?			
h) de la piel tales como: eczema, alergias, psoriasis, micosis, cáncer de piel, u otras?			
i) del aparato locomotor (huesos, articulaciones, columna vertebral, discos intervertebrales, músculos, ligamentos, tendones) tales como: dolores dorsales, cervicales, de los hombros, artrosis, reumatismo u otros?			
j) de los ojos tales como: agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros?			

SEÑALE LO QUE PROCEDA	NO	SI	COMENTARIOS
k) de los oídos tales como: sordera, inflamación u otras?			
l) otras enfermedades, trastornos, molestias no citados anteriormente (p. ej. Enfermedad congénita, deformidad, tumor, cancer, etc)			
<b>Para sexo femenino:</b>			
4 a) Está Ud. embarazada? En caso afirmativo, el embarazo ha transcurrido con normalidad hasta la fecha?			Fecha prevista de parto: Se ruega indicar nombre del médico tratante y su domicilio:
b) Ha padecido Ud. alguna afección ginecológica o de los senos?			Cuál? Fecha? Duración? Curada?
5 Ha sufrido algún accidente, herida o intoxicación que haya requerido una hospitalización o intervención quirúrgica?			Consecuencias?
6 a) Le han efectuado alguna exploración, tratamiento u operación en un hospital o en cualquier institución médica?			Motivo? Cuál?
b) Le han prescrito o está previsto que usted realice una cura dietética, de reposo, de desintoxicación u otras?			Motivo? Cuál?
c) Tiene Ud. que ser hospitalizado próximamente o sometido a alguna operación?			Motivo? Cuál?
d) En el curso de los últimos 5 años ha sido tratado o aconsejado por: - un psicoterapeuta (p.ej. Psiquiatra, psicólogo)?  - un quiropráctico o fisioterapeuta?			Motivo? Cuál?
e) Le han suministrado o prescrito medicamentos durante más de 4 semanas?			Motivo? Cuál?
f) Ha sido Ud. tratado con substancias radiactivas o rayos? Ha recibido alguna vez una transfusión sanguínea?			Motivo? Cuál?
7 Se ha sometido en el transcurso de los últimos años a exámenes especiales tales como radiografía, ultrasonidos, scanner o resonancia magnética, ecografía, electrocardiograma, electroencefalograma, endoscopia u otros?			Resultados?
8 a) Practica Ud. algún deporte?			Cuál? Frecuencia?
b) Fuma Ud.?			Cuánto por día?
c) Consume Ud. bebidas alcohólicas?			Cuánto por día?
d) Toma Ud. analgésicos, somníferos, tranquilizantes u otros medicamentos?			Cuánto por semana? Desde cuándo?
e) Consume Ud. o ha consumido estupefacientes (drogas)?			Cuándo por última vez?
9 a) Cual ha sido el último médico que consultó?			Motivo? Cuándo?
b) En el curso de los últimos 5 años ha consultado algún médico no mencionado anteriormente?			
c) Nombre del médico que mejor conoce su salud			

Certifico haber contestado completa y verídicamente a 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 para esta propuesta

Aclaración

Fecha

Firma de la persona a asegurar

SEÑALE LO QUE PROCEDA		NO	SI	COMENTARIOS
10	b) Ha tratado o examinado Ud. ya a la persona a asegurar?			Cuándo? Motivo?
	c) Es Ud. pariente de la persona a asegurar?			
11	a) Talla (descalzo) y peso (desnudo)			cm <input type="text"/> kg <input type="text"/>
	b) La persona a asegurar tiene un aspecto sano que corresponde a la edad indicada?			
12	<b>Piel</b> a) Tiene alguna afección cutánea (p.ej. Erupción, tumor, ulceración u otra)?			
	b) Existen cicatrices, nevus sospechosos?			
13	<b>Aparato respiratorio</b> a) Tiene ronquera? Tose?			¿Desde cuándo? ¿Causa?
	b) Hay deformación de la caja torácica?			
	c) La percusión y la auscultación son anormales?			
	d) Existen otros síntomas que indiquen una afección del aparato respiratorio?			
14	<b>Corazón y aparato circulatorio</b> a) El choque de la punta es anormal?			
	b) Los ruidos del corazón (intensidad, desdoblamiento) son anormales?			
	c) Se aculta algún soplo cardíaco?			Sistólico? <input type="text"/> Punto máximo y propagación? <input type="text"/> Diastólico? <input type="text"/> El soplo es orgánico? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	d) Tensión arterial, frecuencia del pulso Si los valores son iguales o superiores a 140/90mm Hg efectuar una nueva medida.			Pulsaciones/ minuto <input type="text"/> Tensión mm Hg sistólica <input type="text"/> Segunda toma sistólica <input type="text"/> diastólica <input type="text"/> diastólica <input type="text"/>
	e) El pulso es irregular?			
	f) El pulso pedio está ausente o disminuido?			Bilateral?
	g) Se perciben soplos vasculares?			
	h) Existen síntomas de insuficiencia o descompensación? (disnea, cianosis, edema)?			
	i) Existen varices?			Gravedad? Extensión? Ulceraciones? Cicatrices?
	15	<b>Aparato digestivo y abdomen</b> a) La lengua, las mucosas, la faringe y las amígdalas tienen un aspecto anormal?		
b) El examen clínico, la palpación y la percusión del abdomen han revelado algo anormal (estómago, hígado, vesícula biliar, aorta, bazo, intestinos)?				
c) Existen síntomas de alguna afección del aparato digestivo?				
d) Hay alguna hernia?				
16	<b>Organos génito-urinario</b> a) Análisis de orina: presencia de albumina? presencia de azúcar? sedimento?			De resultar positivo, se ruega dar resultados cuantitativos hematies <input type="text"/> otros <input type="text"/> leucocitos <input type="text"/>
	<b>Para personas de sexo masculino:</b> b) Existen indicios de una afección de los órganos genitales (testículos, epidídimo, próstata)?			
	<b>Para personas de sexo femenino:</b> c) Hay indicios de afección de los órganos genitales o alguna alteración de los senos?			

Examen médico (continuación)

SEÑALE LO QUE PROCEDA	NO	SI	COMENTARIOS
<b>17 Sistema nervioso / órganos de los sentidos</b>			
a) Existen indicios de afección de los órganos de los sentidos, esencialmente disminución de la agudeza visual o del oído?			
b) Reflejos anormales (pupilares, abdominales, rotulianos, aquilianos, Babinski)?			
c) Hay razón para sospechar presencia de trastornos psíquicos o neurológicos?			
<b>18 Esqueleto / aparato locomotor</b>			
a) Existen malformaciones?			
b) Hay indicios de una afección de la columna vertebral?			
c) Hay afecciones de los músculos, de las articulaciones o de los huesos?			
<b>19 Diversos</b>			
a) Hay aumento del volumen de los ganglios linfáticos?			
b) La glándula tiroides está agrandada o modificada?			
c) Hay síntomas de trastornos hormonales (p. ej. Glándulas suprarrenales, gónadas, tiroides)?			
d) Ha podido Ud. constatar otras afecciones?			
<b>20</b>			
a) Hay indicios de alcoholismo, abuso de tabaco, de medicamentos o consumo de drogas?			
b) Las actividades y el modo de vida de la persona examinada son perjudiciales para su salud?			
c) Hay otros factores de riesgo?			
d) Ha recomendado Ud. otras medidas (nuevo control, exámenes, tratamiento, modo de vida)?			
<b>21 Apreciación final:</b>			

**Observaciones**

Importante: Se ruega abstenerse de hacer al candidato cualquier comentario que pudiera perjudicar la decisión del asegurador.

Declaro haber examinado e interrogado a la persona a asegurar y haber respondido con toda buena fe a las preguntas que preceden.

Aclaración

Matrícula

Fecha

Firma del médico examinador