

Para ser llenado por el Solicitante

Forma parte integrante de la Solicitud presentada por:

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)):

SUMA ASEGURADA SOLICITADA:

- 1.- Fecha de nacimiento: _____
- 2.- a) Altura: _____ m. _____ cms. b) Peso: _____ kls. c) Peso hace un año: _____ kls
- 3.- Fecha en que se hizo el diagnóstico de diabetes: _____
- 4.- Médico que lo trata: Nombre: _____
Domicilio: _____
¿Cuánto hace que está bajo su cuidado? _____ Fecha de la última visita: _____
¿Cada cuánto tiempo lo consulta? _____
¿Ha consultado usted otros médicos acerca de la diabetes en los últimos 3 años? _____
En caso afirmativo de Nombres y Domicilio debajo del No. 11.
- 5.- ¿Sigue dieta? SI ☐ NO ☐
Detalles: _____
¿Hace ejercicios? SI ☐ NO ☐
Detalles: _____
- 6.- ¿Se aplica insulina? _____ En caso afirmativo, Tipo _____ Dosis diaria _____
¿Usa medicamentos orales? _____ En caso afirmativo, Clase _____ ¿Cuántas tabletas por día? _____
- 7.- ¿Con qué frecuencia investiga azúcar en la orina? _____
¿Con qué método? _____
¿A qué hora del día practica el examen? _____
¿Qué porcentaje de pruebas han sido positivas para azúcar? _____
- 8.- ¿Con qué frecuencia manda investigar azúcar en la sangre? _____
Dé los resultados de estos exámenes en los últimos dos años, indicando si fueron hechos en ayunas o no.
- | | | | | |
|---------|-----------|------------|------------------------|------------------------|
| Fechas: | 1.- _____ | Resultados | En ayunas _____ Mgr/dL | Sin ayuno _____ Mgr/dL |
| | 2.- _____ | | En ayunas _____ Mgr/dL | Sin ayuno _____ Mgr/dL |
| | 3.- _____ | | En ayunas _____ Mgr/dL | Sin ayuno _____ Mgr/dL |
| | 4.- _____ | | En ayunas _____ Mgr/dL | Sin ayuno _____ Mgr/dL |
- 9.- Fecha del último electrocardiograma: _____ Radiografía del tórax: _____
(Debajo del No. 11 nombre y dirección de los médicos que hicieron el examen).
- 10.- ¿Cuántas veces ha sufrido un coma diabético? _____ ¿Ha tenido que ser hospitalizado? _____
¿Ha tenido alguna vez shock insulínico o tiene reacciones insulínicas frecuentes? _____
(Dé detalles debajo del No. 11)
¿Ha tenido alguna vez amputaciones? _____
¿Ha tenido dolor o quemazón en piernas y pies? _____
- 11.- ¿Ha tenido alguna vez: ¿Presión arterial alta? _____ ¿Trastorno cardíaco? _____ ¿Molestias oculares? _____
¿Afección renal? _____ ¿Infecciones frecuentes? _____ ¿Albumina en la orina? _____
¿Alguna larga enfermedad? _____ En caso afirmativo, de detalles en el No. 11.

12.- Use este espacio para toda clase de observaciones. Dé informaciones completas, fechas, nombres y dirección de los médicos tratantes y nombre y dirección del hospital o laboratorio que lo haya atendido.

El suscrito declara que las anteriores respuestas son verídicas y autoriza la verificación de las mismas por parte de la Compañía. Aceptando que cualquier falsedad anula la protección de este riesgo en su póliza de vida.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE