

CUESTIONARIO DE SALUD

Se ruega al proponente que conteste legiblemente a todas las preguntas.

1) a) Nombre y apellidos: _____
 b) Fecha exacta de nacimiento: _____
 c) Profesión: Actual: _____ Anterior: _____
 d) Domicilio: _____

2)

Parentesco	Edad actual	Edad al fallecimiento	Estado de salud, causa y fecha de fallecimiento
Padre			
Madre			
Cónyuge			

NO SI Observaciones

¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, de la circulación, diabéticos, suicidios o alienación mental? ☐ ☐

3) a) ¿Ha sido usted declarado inútil para el servicio militar? ☐ ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Motivos? _____
 b) ¿Practica usted algún deporte con regularidad? ☐ ☐ ¿Cuáles? _____

4) a) ¿Tiene usted alguna enfermedad? ☐ ☐ ¿Cuál? _____
 b) ¿Su capacidad de trabajo está reducida? ☐ ☐ ¿Por qué? _____
 c) ¿Ha estado usted de baja en los últimos 5 años, durante más de 3 semanas consecutivas? ☐ ☐ ¿Duración? _____
 d) ¿Su peso ha aumentado o disminuido durante los últimos 5 años? ¿Cuándo? ☐ ☐ + _____ Kg _____ Kg Causa: _____ Intencionalmente SI ☐ NO ☐

e) ¿Cuál es su peso _____ Kg su talla _____ cm su tensión arterial _____

5) a) ¿Consumen usted bebidas alcohólicas? ☐ ☐ Vino ☐ Cerveza ☐ Alcohol ☐ Aperitivos ☐
 ¿Cuanto diariamente? _____ cl _____ cl _____ cl _____ cl
 b) ¿Fuma usted? Cigarrillos ☐ Puros ☐ Pipas ☐
 ¿Cuántos diariamente? _____

6) a) ¿Ha sido usted tratado en algún hospital, una casa de salud o un balneario? ☐ ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Le han prescrito una cura de reposo, de desintoxicación, una cura dietética o de algún otro tipo? ☐ ☐ ¿Cuánto tiempo? _____
 b) ¿Tiene usted que ser hospitalizado próximamente? ☐ ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
 c) ¿Va usted a ser intervenido quirúrgicamente? ☐ ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

7) a) ¿Le han sido a usted prescrito durante un cierto tiempo antibióticos, insulina, hormonas, derivados de la cortisona, inyecciones, etc.? ☐ ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Cuáles? _____
 b) ¿Toma usted normalmente medicamentos contra el dolor de cabeza o cualquier otro dolor, somníferos o tranquilizantes? ☐ ☐ ¿Cuáles? _____ ¿Hasta cuándo? _____
 ¿Frecuencia? _____
 c) ¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes? ☐ ☐ ¿Cuáles? _____ ¿Hasta cuándo? _____
 d) ¿Le han prescrito durante un cierto tiempo medicamentos para el corazón o la circulación, contra la hipertensión, anticoagulantes u otros medicamentos? ☐ ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Cuáles? _____

8) a) ¿Ha sido usted sometido a algún examen radiológico del Torax (radioscopia, radiofoto) en los dos últimos años? ☐ ☐ ¿Por qué? _____
 ¿Resultado? _____
 b) ¿Ha sido usted sometido a algún otro tipo de examen radiológico (por ejemplo del aparato digestivo, vías urinarias o biliares, esqueleto, etc.)? ☐ ☐ ¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Resultado? _____

	NO	SI	Observaciones
9) ¿Le han hecho alguna vez?			
a) ¿Un electrocardiogra?	☐	☐	¿Cuándo? _____ ¿Resultado? _____
b) ¿Un electroencefalograma?	☐	☐	¿Cuándo? _____ ¿Resultado? _____
c) ¿Un análisis de sangre?	☐	☐	¿Cuándo? _____ ¿Resultado? _____
d) ¿Un análisis de orina?	☐	☐	¿Cuándo? _____ ¿Resultado? _____

10) ¿Padece o ha padecido alguna de las afecciones o alguno de los trastornos siguientes:

a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresia, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades de las vías respiratorias?	☐	a	☐
b) ¿Palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, malformación o soplos cardíacos, tensión arterial elevada, flebitis, arteritis, várices u otras enfermedades del aparato circulatorio?	☐	b	☐
c) ¿Dolores de cabeza, insomnio, vértigo, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejia, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis u otras enfermedades del aparato circulatorio?	☐	c	☐
d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades de hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fistula anal u otras enfermedades del aparato digestivo?	☐	d	☐
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Disminución capacidad auditiva? (¿Grado?)	☐	e	☐
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones? ¿Disminución visión? (¿Naturaleza y grado?)	☐	f	☐
g) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones? ¿Reumatismo, artritis, afecciones de la columna, lumbago, ciática?	☐	g	☐
h) ¿Enfermedades de la piel?	☐	h	☐
i) ¿Aumento o superación de los ganglios linfáticos?	☐	i	☐
j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Presencia en la orina de albúmina, glucosa, sangre, pus o cálculos?	☐	j	☐
k) ¿Enfermedades venéreas?	☐	k	☐
l) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (escarlatina, difteria, anginas de repetición, tifoidea, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (paludismo, amebiasis, etc.)?	☐	l	☐
m) ¿Enfermedades no citadas anteriormente, por ejemplo diabetes, enfermedades de la sangre, anemia, gota, hernia, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis deformidad o mutilación de algún miembro?	☐	m	☐

11) a) ¿Ha sido usted sometido a alguna intervención quirúrgica? ☐ a ☐

b) ¿Ha sufrido usted algún tratamiento con rayos X, sustancias radiactivas, etc.? ☐ b ☐

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

12) Para personas del sexo femenino:

a) ¿Toma anticonceptivos?	☐	a	☐
b) ¿Está usted embarazada? ¿De cuántos meses? ¿El embarazo se desarrolla normalmente?	☐	b	☐
c) ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad ginecológica o de los senos?	☐	c	☐

Si ha contestado afirmativamente a algunas de las preguntas de los apartados 10, 11 y 12, dar más detalles:	¿Cuándo? / ¿Duración? / ¿Fecha de curación? / ¿Secuelas? / Observaciones:

13) a) ¿Quién es su médico de cabecera? (Dirección) _____

b) ¿Cuál es el último médico al que ha consultado? _____

¿Cuándo y por qué? _____

¿Tiene usted alguna otra cosa que declarar concerniente a su salud? _____

Certifico haber contestado sinceramente a todas las preguntas y no haber ocultado nada. Autorizo a los médicos y otras personas interrogadas por la compañía para que den, confidencialmente, a su servicio médico los datos solicitados en relación con el contrato de seguro.

_____ el _____ de _____ de 20 _____

Firma del Solicitante