

DECLARACIÓN DE SALUD

PADECE (N) O HA (N) PADECIDO ALGUNA (S) DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?	DECLARACION DE SALUD FAMILIAR					N° AFILIADO
	N* _____	N* _____	N* _____	N* _____	N* _____	
A) ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO (EJEMPLO: GASTRITIS, ULCERA, LITIASIS VESICULAR, COLITIS, HEMORROIDES, APENDICITIS, HERNIA HIATALES, CIRROSIS, HEPATITIS, DIVERTICULITIS, FISURA ANAL)						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
B) ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y RESPIRATORIA (EJEMPLO: TENSION ALTA O BAJA, INFARTO, ANGINA DE PECHO, SOPLOS, ANEURISMA, VALVULOPATIA, PROLAPSO DE VALVULA MITRAL U OTRAS, LARINGITIS TUBERCULOSIS, NEUMONIA, ARRITMIAS CARDIACAS, MARCAPASOS, BYPASS CORONARIO, TOS CRONICA, BRONQUITIS, ASMA).						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
C) ENFERMEDADES DE LA PIEL, OJOS, NARIZ, OIDOS, GARGANTA. EJEMPLO: DESVIACION DE TABIQUE NASAL, SINOSITIS CRÓNICAS, CATARATAS, PTERIGION, SANGRAMIENTO NASAL, POLIPO NAsALES, OTITIS, AMIGDALITIS, ADENOIDES)						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
D) TRASTORNO ENDOCRINOS (EJEMPLO: DIABETES, OBESIDAD, TIROIDES, PAROTIROIDES)						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
E) TRASTORNO NEUROPSIQUIATRICOS. (EJEMPLO: EPILEPSIA, CONVULSIONES, PARALISIS, RETARDO MENTAL, PSICOSIS, SINDROME DE DOWN, AVC, DISRRITMIAS CEREBRALES , ANEURISMAS, MENINGITIS, DROGADICCION, ALCOHOLISMO)						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
F) TRASTORNO RENALES O DEL SISTEMA URINARIO (EJEMPLO: PROSTATITIS, VARICOCELE, INCONTINENCIA URINARIA, DIALISIS)						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
G) ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES (EJEMPLO: DESVIACION DE LA COLUMNA, ARTRITIS, REUMATISMO, HERNIAS DISCALES, OSTEOPOROSIS, FRACTURAS, COMPRESION RADICULAR, CONTRACTURA MUSCULAR.)						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
H) ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER (EJEMPLO: FIBROMAS, PATOLOGIAS MAMARIAS, OBSTRUCCION DE LAS TROMPAS, OVARIOS POLIQUISTICOS , PROLAPSO, ENDOMETRIOSIS)						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
I) SEGÚN SU MAS LEAL SABER O ENTENDER ¿PADECE ACTUALMENTE , USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS POR INCLUIR , ALGUNA ENFERMEDAD TRANSITORIA, CRONICA O DEFECTO, NO MENCIONADA ANTERIORMENTE?						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
J) SE LE (S) HA (N) PRACTICADO ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA ?						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
K) ¿TIENE (N) PREVISTA ALGUNA INTERVENCION O TRATAMIENTO EN LOS PROXIMOS SEIS (6) MESES?						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
L) USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS POR INCLUIR RECIBE MEDICACION REGULADA?						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO <input type="checkbox"/> MENCIONA
M) ¿ ALGUNA DE LAS PERSONAS POR INCLUIR ESTA EN ESTADO DE GRAVIEZ (EMBARAZADA) O LO HA ESTADO ANTERIORMENTE ?						<input type="checkbox"/> TILDA SI - NO

DECLARACIÓN

(Lea cuidadosamente la presente declaración antes de firmar esta solicitud)

Declaro que la información aquí respondida es completa y verídica, que no he suprimido ni ocultado información alguna que afecte el concepto de riesgo que pueda influenciar la decisión de mantener el servicio. Convengo en que esta solicitud, la declaración de salud y las Condiciones Generales del Servicio que declaro conocer, conforman el contrato y me obligo al cumplimiento del mismo en cada una de sus partes.

FIRMA DE CONTRATANTE:

C.I. /RIF:

FECHA: