



¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna de las enfermedades que se detallan seguidamente? (Completar con SI o NO):

<p>a) Enfermedades del sistema nervioso SI NO Mareos, vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis o cualquier ataque o enfermedad de la cabeza o sistema nervioso ¿Cuáles?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>b) Enfermedades del sistema respiratorio SI NO Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresia, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, silicosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>c) Enfermedades del corazón o del sistema circulatorio SI NO Fiebre reumática, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>d) Enfermedades del sistema digestivo e intestinal SI NO Úlcera gástrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados rectal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado (Hepatitis A, B, C; Insuficiencia Hepática u otras Hepatopatías), vesícula, páncreas o bazo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>e) Enfermedades renales SI NO Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>f) Enfermedades óseas o musculares SI NO Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>g) Enfermedades de la sangre SI NO Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>h) Procesos cancerosos SI NO Cáncer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>i) Otras enfermedades SI NO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bocio, colesterol elevado, sífilis, diabetes o cualquier enfermedad de las glándulas endocrinas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <hr/>	<p>j) Datos adicionales SI NO</p> <hr/> <p>¿Sufre de Arteroesclerosis?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>¿Sufre de Hipertensión Arterial?: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>¿Cuáles son sus cifras de tensión arterial?: Máxima: <input type="text"/> Mínima: <input type="text"/></p> <hr/> <p>Indique tratamiento actual: _____</p> <hr/> <p>¿Es Ud. Fumador? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>¿Cuántos cigarrillos fuma al día? <input type="text"/> Desde hace cuantos años? <input type="text"/></p> <hr/> <p>Si dejó, ¿Cuántos cigarrillos por día fumaba y durante cuántos años? _____</p> <hr/> <p>Indique tratamiento actual contra el cigarrillo: _____</p> <hr/> <p>¿Está o estuvo bajo tratamiento médico durante los últimos cinco (5) años? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>¿Desde que fecha? _____</p> <hr/> <p>¿Por qué? _____</p> <hr/> <p>¿Qué medicamentos toma? Indicar dosis y frecuencia _____</p> <hr/> <p>¿Le practicaron estudios? ¿Cuáles? (Indique su resultado) _____</p> <hr/> <p>¿Cuál es su estatura? _____ mts. ¿Cuál es su peso actual? _____ kg.</p> <hr/> <p>¿Tiene Ud. conocimiento de que en su familia haya habido casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes, tuberculosis, enfermedades del corazón o renales? Indicar grado de parentesco, si están vivos y edad actual o al fallecimiento _____</p> <hr/> <p>Tratándose de mujer: ¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses: _____</p> <hr/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección de los médicos consultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo:

¿Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI NO

IMPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicitud.

Composición del grupo familiar a asegurar:

Nombre y Apellido	DNI	Sexo F/M	Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	Vínculo con el solicitante

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y Aclaración

