

Nombre del Producto: _____

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--|-------------------|--------------------------|--|--|
| 1. Nombre completo: | | 2. Identificación o pasaporte: | | 3. Edad: | | 4. Estado Civil: | | |
| 5. Nacionalidad: | | | 6. Lugar de residencia: | | | 7. Ocupación: | | |
| 8. Tiempo de residir en Costa Rica: | | | | 9. ¿Será permanente su residencia en Costa Rica? | | | | |
| 10. ¿Practica algún deporte u ocupación adicional?: | | | | Tipo y frecuencia de práctica: | | | | |
| 11. Tabaquismo: <input type="checkbox"/> Nunca ha fumado | | 12. Historia de familia (En Caso de muerte indicar causa y edad) | | | | | | |
| a. Fuma actualmente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Parentesco | Vivos | | Fallecidos | | | |
| b. Hace cuanto tiempo: | | | Edad | Padecimientos | Edad | Causa | | |
| c. Cantidad diaria: | | Esposa (o) | | | | | | |
| d. Fumaba anteriormente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Padre | | | | | | |
| e. Hace cuanto tiempo: | | Madre | | | | | | |
| f. Cantidad diaria: | | Hermanos (N°) | | | | | | |
| 13. Usa bebidas alcohólicas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Hijos o hijas (N°) | | | | | | |
| a. Clase: _____ | | b. Cantidad: _____ | | c. No. Veces por: Día: _____ | | Semana: _____ Mes: _____ | | |
| d. ¿Padece o ha padecido de alcoholismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Detalle: _____ | | | | | | | | |
| 14. ¿Ha resultado usted positivo para Covid 19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de alta: _____ | | | | | | | | |
| ¿Requirió usted de hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| ¿Qué tipo de atención recibió en el Centro Hospitalario?: | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Sala Cuidados Generales <input type="checkbox"/> Cuidados Intermedios <input type="checkbox"/> UCI con ventilación <input type="checkbox"/> UCI sin ventilación | | | | | | | | |
| ¿Presenta usted síntomas persistentes (Síndrome Post Covid 19) y/o secuelas?: _____ | | | | | | | | |
| ¿Ha recibido el esquema completo de vacunación contra el SARS-CoV-2 (Covid 19)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| CUESTIONARIO: Si marca afirmativamente alguna de las respuestas, sírvase anotar: Fecha, hospital o clínica, médico, tratamiento, resultados, diagnóstico, u otra información que considere importante (Favor en la parte "Detalle de preguntas respondidas afirmativamente", indicar N° de la pregunta y la información completa de la misma) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 15. Indique si ha tenido problemas de salud en los últimos 6 meses (Cualquier tipo de problema o síntoma aunque no tenga diagnóstico médico ni haya consultado con un médico). | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 16. Indique si tiene algún tipo de examen pendiente (De laboratorio, radiografías, ultrasonidos, tomografías, electrocardiograma o de cualquier otro tipo). | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 17. Indique cuando fue la última consulta a un médico y por qué motivo. Explique también los resultados de esta visita | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 18. Su peso y su condición general (Estado de ánimo, apetito, apariencia, color de piel, etc) han tenido alguna variación en los últimos 6 meses. Por favor brindar detalles. | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 19. ¿Utiliza o ha utilizado algún tipo de droga? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 20. ¿Consume o ha consumido algún tipo de medicamento? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 21. ¿Han habido en su familia muertes por enfermedades de: Corazón - Circulación - Diabetes? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 22. ¿Ha tenido o se encuentra en tratamiento de rehabilitación física o mental? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 23. ¿Ha recibido tratamiento con insulina, cortisona u otro tipo de hormona? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 24. ¿Se ha sometido a algún tipo de examen radiológico por enfermedad o chequeo médico, por ejemplo RX, tórax, ultrasonido, gastroscopía, mamografía, etc.? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 25. ¿Le han practicado electrocardiogramas o electroencefalogramas, o similares? | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 26. ¿Padece o ha padecido de?: | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO a. Dolor de cabeza crónico, vértigo, epilepsia, o convulsiones, estados depresivos o ansiosos, o alguna otra enfermedad del sistema nervioso. | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO b. Enfermedades o alguna perturbación de los ojos o los oídos. | | | | | | | | |
| Si usa lentes favor indicar graduación ===== | | | | OD: | | OI: | | |

- SÍ NO c. Presión arterial elevada, soplos cardiacos, infartos u otra enfermedad del corazón, fiebre reumática, dificultades en la respiración, dolor de pecho, várices, flebitis, hemofilia u otras enfermedades del aparato circulatorio
- SÍ NO d. Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica u otras enfermedades del aparato respiratorio.
- SÍ NO e. Úlcera gástrica, sangrado digestivo, hepatitis u otras enfermedades del hígado y del aparato digestivo.
- SÍ NO f. Dislipidemia (alteración del metabolismo lipídico (grasas), con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre). Se ha realizado exámenes de colesterolos y triglicéridos?
- SÍ NO g. Enfermedades en riñones, vejiga, próstata, genitales, enfermedades venéreas o albuminuria: presencia de albúmina (proteína hidrosoluble que se encuentra en el plasma sanguíneo) en la orina.
- SÍ NO h. Artritis, afecciones o deformidades en la columna, lumbalgia, ciática, reumatismo, gota u otras enfermedades de los huesos o de las articulaciones.
- SÍ NO i. Diabetes. (En espacio para detalles indicar si utiliza insulina, hipoglicemiantes u otros medicamentos).
- SÍ NO j. Tumores, cáncer o quistes. _____
- SÍ NO 27. Le han practicado o recomendado practicarse alguna prueba para detectar el SIDA? (Indicar fecha, resultado y motivo del examen)
28. En los últimos años ha padecido o padece de?: _____
- SÍ NO a. Fiebre de origen desconocido
- SÍ NO b. Diarreas persistentes
- SÍ NO c. Lesiones orales o en la piel
- SÍ NO d. Inflamación de los ganglios
- SÍ NO e. Sudoración nocturna
- SÍ NO f. Dolores persistentes en miembros o articulaciones
- SÍ NO g. Pérdidas de la fuerza vital o normal
- SÍ NO h. Meningitis
- SÍ NO 29. En los últimos 6 meses ha aumentado o disminuido de peso?
- Acción (Subió o bajo): _____ Cuántos kilos? _____ Motivo: _____
- SÍ NO 30. Ha estado hospitalizado? En detalle indicar: Causa, fecha, centro médico
- SÍ NO 31. Le han practicado algún tipo de operación? En detalle indicar: Causa, fecha, centro médico.
- SÍ NO 32. Piensa someterse a alguna intervención quirúrgica en un futuro próximo?
- En detalle indicar: Causa, fecha, centro médico: _____
- SÍ NO 33. Ha sido incapacitado por enfermedad o accidente? (En espacio para detalles indicar: Causa, fecha, centro médico)
- _____
- SÍ NO 34. Tiene o ha tenido algún tipo de padecimiento que no se le haya mencionado?
- SÍ NO 35. Está tramitando o piensa tramitar en el corto plazo una incapacidad permanente?
36. Preguntas adicionales para mujeres:
- SÍ NO a. Es su menstruación irregular? (En espacio para detalles indicar si la examinada conoce la causa)
- _____
- SÍ NO b. Padece de sangrados fuera del periodo menstrual?
- c. Fecha última menstruación: _____
- d. Fecha de último papanicolau y su resultado: _____
- SÍ NO e. Ha tenido dificultades en partos? En espacio para detallar indicar cuáles, fecha y centro médico
- _____
- SÍ NO f. Ha tenido alguna enfermedad o padecimiento ginecológico o de los senos?
- En detalle indicar cuáles, fecha y centro médico. _____
- g. Fecha de su última mamografía y resultado: _____
- SÍ NO h. Está embarazada?
- Cuántos meses o semanas de gestación tiene?: _____
- SÍ NO Ha tenido complicaciones? En detalle indicar cuáles, fecha y centro médico.
- _____

INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR PARA CONOCIMIENTO DEL I.N.S. ÚNICAMENTE

| | |
|--|---|
| 37. Peso _____ kgs. (Sin zapatos) | 41. Favor medir: a. Tórax expandido: (cm) _____ |
| 38. Estatura _____ Mts (Sin zapatos) | |
| 39. Pulso sentado (Hacer tomas al inicio, a la mitad y al final del examen) a. Pulso inicio del examen: _____ b. Mitad del examen: _____ c. Final del examen: _____ | |
| 40. Presión sanguínea (Hacer tomas al inicio, a la mitad y al final del examen) a. Presión inicio del examen: _____ b. Mitad del examen: _____ c. Final del examen: _____ | |

| | |
|---|-----------------|
| 42. ¿ENCUENTRA EVIDENCIA ACTUAL O PASADA DE ENFERMEDAD O DE OPERACIONES EN?: Favor brindar detalles si marca afirmativamente alguna de las respuestas | DETALLES |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO a. Cráneo y oídos. | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO b. Boca y garganta | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO c. Ojos | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO d. Cuello - tiroides (Si hay bocio describirlo) | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO e. Pulmones | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO f. Corazón ¿Encuentra algún soplo? (Dar localización, intensidad, irradiación con movimientos respiratorios). | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO g. Abdomen (Palpar todas las áreas suaves, hígado, bazo, etc.). | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO h. Sistema Vasculár periférico (¿Hay evidencia de várices o úlceras?) | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO i. Estado neurológico (Reflejos, sistema motor, fondo de ojo) | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO j. Sistema Muscular | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO k. Sistema Articular (Anquilosis, etc.). | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO l. Testículos | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO m. Mamas (Examinar tanto a mujeres como a hombres) | |

| | |
|---|-----------------|
| 43. Preguntas sobre el SIDA ¿Si responde en forma afirmativa alguno de los puntos a. ó e. de esta pregunta, favor aportar los detalles completos?. | DETALLES |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO a. ¿Considera que la persona está dentro de un grupo de alto riesgo? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO b. ¿Presenta lesiones orales o en la piel (Tipo cándida, herpes o Sarcoma de Kaposi).? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO c. Sistema linfático: Si hay presencia de linfadenopatías, favor indicar localización y características. | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO d) ¿Presenta algún síntoma o padecimiento que indique que es portador de SIDA? Favor indicar cuáles. | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO e) ¿Recomienda Usted el Test de Elisa? | |

| | |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 44. ¿Presenta la persona deformidades, defectos físicos o amputaciones que afecten su capacidad orgánica y /o funcional? | DETALLES |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 45. ¿Está Ud. enterado de algo acerca de la salud, hábitos, medio ambiente o modo de vida, que podría afectar el otorgamiento del seguro? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 46. ¿Fueron inadecuadas las circunstancias bajo las cuales realizó este examen? ¿Por qué? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 47. ¿Revisó Ud. todas las respuestas detalladamente? | |
| 48. Si el examinado es menor de edad indicar con qué documento identificó al representante legal: <input type="checkbox"/> Identificación <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro IndicarCuál: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 49. ¿Ha identificado al examinado con su cédula de identidad u otro documento? Indicar con que tipo de documento lo identificó: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO 50. ¿Aconseja Usted algún examen adicional? | |

Indicar tipo de examen: _____

| | |
|--|----------------------------|
| Las respuestas contenidas en la primera parte de este informe médico fueron dadas en mi presencia por el señor (sra, srita): | |
| Toda la información expuesta en este informe es verídica, según mi leal saber y entender. No he omitido ningún dato ni información que yo conozca relacionada sobre la salud del examinado. | |
| Lugar y fecha: | Firma y Código del Médico: |
| Nombre del Médico Examinador: | |
| La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653. | |
| Este documento sólo constituye una declaración de salud por lo tanto, no representa garantía alguna de que la solicitud de seguro será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud. | |