

Fecha de boleta: Día ____ Mes ____ Año ____

Señor Médico Examinador o Laboratorio Clínico: _____ Fecha de cita: Día ____ Mes ____ Año ____

Con el objeto de que nuestro cliente, _____, cédula No _____ cumpla con los requisitos solicitados por el Departamento de Selección de Riesgos para la obtención de un seguro, le agradecemos practicar el examen médico o clínico indicado a continuación:

- Examen físico - médico
- Uroanálisis
- Electrocardiograma de reposo y valoración cardiovascular
- Prueba de HIV (Test Elisa)
- Glicemia en ayunas
- Enzimas hepáticas (SGPT + SGOT + GGT)
- Bilirrubina total + Bilirrubina Directa
- Creatinina
- Nitrógeno ureico
- Perfil de lípidos (Colesterol total + Fracción HDL + Triglicéridos)
- Antígeno prostático
- Sangre oculta en heces (Guayaco)
- Hemoglobina glicosilada
- Otros: _____

Observaciones adicionales : _____

Los resultados de las pruebas realizadas son propiedad del INS, por lo que no podrán ser entregadas copias u originales al cliente hasta que la póliza sea emitida y las primas correspondientes estén pagadas.

Nombre y número del Intermediario

Firma del Cliente

Firma del Intermediario

Sede donde se está tramitando este seguro: _____

****FAVOR ADJUNTAR ESTE DOCUMENTO AL EXAMEN PRACTICADO****