

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: Nunca ha fumado: ☐		12. Historia de familia (En Caso de muerte indicar causa y edad)						
a. Fuma actualmente: ☐ Si ☐ No		Parentesco		Vivos		Fallecidos		
b. Hace cuanto tiempo: _____				Edad	Padecimientos	Edad	Causa	
c. Cantidad diaria: _____		Esposa (o)						
d. Fumaba anteriormente: ☐ Si ☐ No		Padre						
e. Hace cuanto tiempo: _____		Madre						
f. Cantidad diaria: _____		Hermanos (Nº)						
13. Usa bebidas alcohólicas: ☐ Si ☐ No		Hijos o hijas (Nº)						
a. Clase: _____ b. Cantidad: _____ c. No. Veces por: Día: _____ Semana: _____ Mes: _____								
d. ¿Padece o ha padecido de alcoholismo? ☐ Sí ☐ NO Detalle: _____								
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) ☐ Sí ☐ NO 14. 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). ☐ Sí ☐ NO 15. Indique si tiene algún tipo de examen pendiente (De laboratorio, radiografías, ultrasonidos, tomografías, electrocardiograma o de cualquier otro tipo). ☐ Sí ☐ NO 16. Indique cuando fue la última consulta a un médico y por qué motivo. Explique también los resultados de esta visita ☐ Sí ☐ NO 17. 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. ☐ Sí ☐ NO 18. ¿Utiliza o ha utilizado algún tipo de droga? ☐ Sí ☐ NO 19. ¿Consume o ha consumido algún tipo de medicamento? ☐ Sí ☐ NO 20. ¿Han habido en su familia muertes por enfermedades de: Corazón - Circulación - Diabetes? ☐ Sí ☐ NO 21. ¿Ha tenido o se encuentra en tratamiento de rehabilitación física o mental? ☐ Sí ☐ NO 22. ¿Ha recibido tratamiento con insulina, cortisona u otro tipo de hormona? ☐ Sí ☐ NO 23. ¿Se ha sometido a algún tipo de examen radiológico por enfermedad o chequeo médico, por ejemplo RX, tórax, ultrasonido, gastrocopia, mamografía, etc.? ☐ Sí ☐ NO 24. ¿Le han practicado electrocardiogramas o electroencefalogramas, o similares? ☐ Sí ☐ NO 25. ¿Padece o ha padecido de?: ☐ Sí ☐ NO a. Dolor de cabeza crónico, vértigo, epilepsia, o convulsiones, estados depresivos o ansiosos, o alguna otra enfermedad del sistema nervioso. ☐ Sí ☐ 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 colesterol 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 26. Le han practicado o recomendado practicarse alguna prueba para detectar el SIDA? (Indicar fecha, resultado y motivo del examen)
27. 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 28. En los últimos 6 meses ha aumentado o disminuido de peso?
- Acción (Subió o bajo): _____ Cuántos kilos? _____ Motivo: _____
- ☐ SÍ ☐ NO 29. Ha estado hospitalizado? En detalle indicar: Causa, fecha, centro médico
- ☐ SÍ ☐ NO 30. Le han practicado algún tipo de operación? En detalle indicar: Causa, fecha, centro médico.
- ☐ SÍ ☐ NO 31. Piensa someterse a alguna intervención quirúrgica en un futuro próximo?
- En detalle indicar: Causa, fecha, centro médico: _____
- ☐ SÍ ☐ NO 32. Ha sido incapacitado por enfermedad o accidente? (En espacio para detalles indicar: Causa, fecha, centro médico)
- _____
- ☐ SÍ ☐ NO 33. Tiene o ha tenido algún tipo de padecimiento que no se le haya mencionado?
- ☐ SÍ ☐ NO 34. Está tramitando o piensa tramitar en el corto plazo una incapacidad permanente?
35. 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.
- _____

[illegible]

INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR PARA CONOCIMIENTO DEL I.N.S. ÚNICAMENTE	
36. Peso _____ kgs. (Sin zapatos)	40. Favor medir: a. Tórax expandido: (cm) _____ b. Perímetro abdominal: (cm) _____
37. Estatura _____ Mts (Sin zapatos)	
38. 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: _____	
39. 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: _____	
41 ¿ENCUENTRA EVIDENCIA ACTUAL O PASADA DE ENFERMEDAD O DE OPERACIONES EN?: Favor brindar detalles si marca afirmativamente alguna de las respuestas	
☐ SÍ ☐ NO a. Cráneo y oídos. ☐ SÍ ☐ NO b. Boca y garganta ☐ SÍ ☐ NO c. Ojos ☐ SÍ ☐ NO d. Cuello - tiroides (Si hay bocio describirlo) ☐ SÍ ☐ NO e. Pulmones ☐ SÍ ☐ NO f. Corazón ¿Encuentra algún soplo? (Dar localización, intensidad, irradiación con movimientos respiratorios). ☐ SÍ ☐ NO g. Abdomen (Palpar todas las áreas suaves, hígado, bazo, etc.). ☐ SÍ ☐ NO h. Sistema Vascular periférico (¿Hay evidencia de várices o úlceras?) ☐ SÍ ☐ NO i. Estado neurológico (Reflejos, sistema motor, fondo de ojo) ☐ SÍ ☐ NO j. Sistema Muscular ☐ SÍ ☐ NO k. Sistema Articular (Anquilosis, etc.). ☐ SÍ ☐ NO l. Testículos ☐ SÍ ☐ NO m. Mamas (Examinar tanto a mujeres como a hombres)	
42. Preguntas sobre el SIDA ¿Si responde en forma afirmativa alguno de los puntos a. ó e. de esta pregunta, favor aportar los detalles completos?.	
☐ SÍ ☐ NO a. ¿Considera que la persona está dentro de un grupo de alto riesgo? ☐ SÍ ☐ NO b. ¿Presenta lesiones orales o en la piel (Tipo cándida, herpes o Sarcoma de Kaposi).? ☐ SÍ ☐ NO c. Sistema linfático: Si hay presencia de linfadenopatías, favor indicar localización y características. ☐ SÍ ☐ NO d) ¿Presenta algún síntoma o padecimiento que indique que es portador de SIDA? Favor indicar cuáles. ☐ SÍ ☐ NO e) ¿Recomienda Usted el Test de Elisa?	
☐ SÍ ☐ NO 43. ¿Presenta la persona deformidades, defectos físicos o amputaciones que afecten su capacidad orgánica y /o funcional? ☐ SÍ ☐ NO 44. ¿Está Ud. enterado de algo acerca de la salud, hábitos, medio ambiente o modo de vida, que podría afectar el otorgamiento del seguro? ☐ SÍ ☐ NO 45. ¿Fueron inadecuadas las circunstancias bajo las cuales realizó este examen? ¿Por qué?	
☐ SÍ ☐ NO 46. ¿Revisó Ud. todas las respuestas detalladamente? ☐ SÍ ☐ NO 47. Si el examinado es menor de edad indicar con qué documento identificó al representante legal: ☐ Identificación ☐ Pasaporte ☐ Otro Indicar Cuál: _____ ☐ SÍ ☐ NO 48. ¿Ha identificado al examinado con su cédula de identidad u otro documento? Indicar con que tipo de documento lo identificó: _____ ☐ SÍ ☐ NO 49. ¿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.	