

## Cuestionario de Diabetes mellitus – Solicitante

Nombre completo:

1. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez diabetes y qué tipo?
2. Tratamiento:
  - a. ¿Toma Vd. medicamentos orales? Si  No   
En caso afirmativo, indique el tipo de medicación y la dosis, incluyendo el número de tomas al día.
  - b. ¿Usa Vd. insulina? Si  No   
En caso afirmativo, indique el tipo de medicación y la dosis, incluyendo el número de tomas al día.
3. Control de su enfermedad:
  - a. ¿Con qué frecuencia controla Vd. su glucosa en sangre u orina?
  - b. Indique los tres últimos resultados del análisis de glucosa en sangre:

Resultado	Fecha
  - c. Indique los tres últimos resultados del análisis de glucosa en orina:

Resultado	Fecha
  - d. Indique los últimos dos resultados de HbA1c si los conoce:

Resultado	Fecha
  - e. ¿Con qué frecuencia acude Vd. a una clínica o a su médico para el control de la diabetes?
  - f. ¿Cuándo fue su última consulta?
  - g. Indique el nombre y dirección del médico o clínica que supervisa su tratamiento.
4. Desde que empezó el tratamiento, ¿ha sido Vd. alguna vez hospitalizado debido a coma diabético (hipoglicémico/hiperglícémico), u otro trastorno relacionado con la diabetes? Si  No   
En caso afirmativo, confirme las fechas.

5. ¿Ha padecido alguna vez alguno de los siguientes trastornos?

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Proteinuria o albuminuria                                       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| b. Problemas de los ojos   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| c. Entumecimiento u hormigüeo en los brazos, manos, piernas o pies | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| d. Tensión arterial alta   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| e. Problemas cardíacos o circulatorios                             | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| f. Problemas renales   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Si responde afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione toda la información al respecto.

6. ¿Ha estado Vd. de baja laboral durante 15 días o más en el último año a consecuencia de alguna enfermedad? Si  No

7. Proporcione Vd. cualquier información adicional relativa a su enfermedad, que considere útil para la tramitación de su solicitud de seguro.

Declaro que, según mi leal saber y entender, mis respuestas son ciertas y que no he ocultado ninguna información fundamental que pueda influir en la evaluación o aceptación de la presente solicitud de seguro.

Consiento que el presente cuestionario forme parte de mi solicitud de seguro y que en caso de ocultar algún hecho importante esencial de mi conocimiento, el contrato podrá ser declarado nulo.

Firma

Fecha