

Cuestionario sobre trastornos respiratorios - Solicitante

(Incluye asma, bronquitis, enfisema, enfermedad obstructiva crónica de vías aéreas, etc.)

Nombre completo:

Número de la solicitud:

1. Indique el diagnóstico exacto de su problema respiratorio, si lo conoce.

- | | |
|---|--------------------------|
| Asma | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad obstructiva crónica de vías aéreas | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis pulmonar | <input type="checkbox"/> |
| Bronquiectasias | <input type="checkbox"/> |
| Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especifique) | <input type="checkbox"/> |

2. En relación con los síntomas:

a) ¿Cuándo se presentaron éstos por primera vez?

b) Describa sus síntomas y la forma en que le afectan

c) ¿Cuántos episodios ha tenido en los últimos doce meses?

d) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo síntomas?

e) ¿Es usted consciente de algún factor o factores específicos que desencadenen sus síntomas, tales como ejercicio, estrés o alergia?

Sí No

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto.

f) ¿Sus síntomas restringen sus actividades de algún modo?

Sí No

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto.

3. En relación con la asistencia médica:

a) Indique el nombre y dirección del médico que lo atiende en relación con este trastorno.

b) ¿Con qué regularidad va a verlo y cuándo tuvo la última cita?

c) ¿Le han hecho radiografías, pruebas de función pulmonar u otros estudios en relación con este trastorno? Sí No En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fechas y resultados de los estudios.

d) Proporcione toda la información relativa a los tratamientos seguidos en los últimos doce meses, incluyendo tabletas, inhaladores u otros. Indique el nombre de los fármacos, la dosis y la frecuencia con que los toma.

e) ¿Ha tomado usted alguna vez esteroides orales, p. ej. Prednisolona? Sí No
En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fecha(s), dosis y duración del tratamiento.

f) ¿Ha ingresado alguna vez a un hospital debido a este trastorno? Sí No
En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo las fechas, duración y tratamiento.

4. ¿Usa usted un medidor de flujo espiratorio máximo y registra los resultados? Sí No
En caso afirmativo, mencione tanto la frecuencia como las lecturas mínima y máxima de los últimos tres meses.

5. ¿Ha fumado cigarrillos u otro tipo de tabaco en los últimos dos años? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto fumaba? Si ya dejó de fumar, diga desde cuándo.

6. ¿Se ha ausentado más de una semana del trabajo debido a esta enfermedad en los últimos dos años? Sí No
En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto incluyendo fechas y duración de la ausencia.

7. ¿Hay algún factor de su trabajo que exacerba su enfermedad, o dificulta ésta algún aspecto de su trabajo? Sí No
En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto y mencione cuáles son los aspectos más problemáticos.

8. Proporcione toda información adicional relativa a su enfermedad, que usted considere útil para la gestión de su solicitud de seguro.



Compañía de Seguros, S.A.

3724-103-53659 D.V. 43

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 en que el presente cuestionario forme parte de mi solicitud de seguro y en que si llegase a ocultar un hecho esencial de mi conocimiento, el contrato podrá ser declarado nulo.

Firma

Fecha