



Compañía de Seguros, S.A.

Cuestionario para Ataques Cardiacos

Debe ser llenado por el Solicitante

1. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

2. ¿Ha sufrido o le han informado que usted a sufrido algún ataque cardíaco? _____ Si es así, llene el siguiente cuestionario en esta sección.

a) Fecha del primer episodio _____ ¿Cuánto tiempo estuvo incapacitado?: _____

Fecha en que reasumió todo su trabajo: _____

b) ¿Qué diagnóstico le hizo su médico?: _____

c) Nombre y dirección del médico que le hizo el diagnóstico: _____

d) ¿Cuántos ataques ha tenido?: _____

e) Nombres y direcciones de los médicos que lo han atendido: _____

f) Nombre y dirección del último médico que consultó para esta afección: _____

g) ¿Con qué frecuencia lo visita usted?: _____

¿Cuándo lo visitó usted la última vez?: _____

¿Con qué motivo?: _____

h) ¿Cuándo tuvo la última vez dolores o molestias del pecho?: _____

¿Lleva consigo nitroglicerina?: _____ ¿Cuándo la usó por última vez?: _____

i) ¿Qué otros medicamentos está tomando actualmente y por qué?: _____

3. Si la respuesta a la pregunta N°. 2 es negativa, diganos si ha tenido angina de pecho, dolor en el pecho o molestias en esa región? Sí No

¿Ha tenido respiración entrecortada? Sí No

¿Palpitaciones? Sí No

¿Molestias en la boca del estómago? Sí No

¿Indigestión? Sí No

Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, favor dar detalles, fechas, frecuencias, fecha de la última molestia

4. Nombre y direcciones de todos los médicos consultados para cualquier afección en los últimos 5 años dando motivos y fechas.

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma