

## Cuestionario sobre Trastornos Musculoesquelético - Solicitante

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿De qué trastorno Musculoesquelético padece /padeció?
2. ¿Qué parte(s) de su cuerpo se ven / vieron afectadas?
3. ¿cuál fue la causa del problema?
4. ¿Cuándo notó por primera vez algún síntoma?
5. ¿Está totalmente recuperado? Sí ☐ No ☐  
En caso afirmativo, indique desde cuándo.
6. ¿Ha habido más de un episodio? Sí ☐ No ☐  
En caso afirmativo, indique la fecha y duración de cada episodio
7. Proporcione información sobre toda ausencia laboral a consecuencia de de esta enfermedad.
8. Comente cualquier aspecto de sus actividades laborales que pueda llegar a exacerbar la enfermedad.
9. ¿Fue necesaria una cirugía o se ha planeado alguna? Sí ☐ No ☐  
En caso afirmativo, proporcione datos sobre la operación, fechas y lugar en el que se llevó a cabo.
10. ¿Qué otro tratamiento se le ha recetado? Por ejemplo, medicamentos antiinflamatorios calmantes para el dolor fisioterapia.
11. Proporcione toda información adicional relativa a su enfermedad, que usted considere útil para la gestión de su solicitud.

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 captación de la presente solicitud de seguro.

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_