

FORMATO EXAMEN MÉDICO Y/O DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados, en los campos que no tenga información, por favor escriba N/A (No aplica). Se recomienda diligenciar el formulario en **ACROBAT** antes de imprimirlo.

Nombres y Apellidos _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Tipo ID _____ No. Documento _____ Profesión / Ocupación _____

4. ¿Sufre o recientemente se le ha detectado alguna condición que requiera de estudios médicos o por los que se encuentre en estudio médico o en espera de tratamiento médico? SI NO

5. Durante los dos últimos años:

¿Ha variado su peso? SI NO Causas _____
 ¿Cuántos kilos ha ganado? SI NO _____
 ¿Cuántos kilos ha perdido? SI NO _____

6. ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad ingiere bebidas embriagantes? Tipo y número de copas o vasos:
 Diariamente Semanalmente Mensualmente Ocasionalmente

7. ¿Le han prescrito tratamiento contra el alcoholismo? SI NO

8. a) ¿Fuma? SI NO ¿Desde qué edad? _____ ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente? _____

b) Si dejó de fumar ¿Qué cantidad de cigarrillos fumaba diariamente? _____
 ¿En qué fecha dejó de fumar? _____

9. ¿Es consumidor habitual de sustancias? SI NO Tipo _____

10. ¿Cuánto tiempo en días ha dejado de trabajar en los últimos años por enfermedades o lesión?
 Especifique: _____

11. ¿Sufre actualmente de alguna enfermedad, quebranto de salud, deficiencias funcionales o pérdida de órganos, ha sido declarado en estado de invalidez o en incapacidad parcial, o va ser estudiado por invalidez? SI NO

Especifique: _____

12. ¿Está actualmente tomando medicamentos? SI NO ¿Cuáles? _____

¿Con qué frecuencia? _____ Motivos: _____

13. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? SI NO Fecha _____

Motivo: _____

Nombre del cirujano o clínica: _____

14. Última consulta médica - Fecha aproximada. _____

Motivo: _____

Tratamiento médico o recomendaciones: _____

Nombre del médico tratante o Centro Médico: _____

Dirección o teléfono del médico tratante o Centro Médico: _____

15. ¿Ha sufrido accidentes graves? SI NO En caso afirmativo describa las circunstancias del mismo y tipo de tratamiento o cirugía que recibió, e indique si presenta secuelas.

16. ¿Sufre de alergias crónicas? SI NO

¿Qué clase y partes del cuerpo afectadas? _____

17.1. ¿Practica algún deporte o actividad física diaria? SI NO Tipo, duración en horas o minutos, frecuencia: _____

17.2. ¿Número de horas diarias que duerme? _____

17.3. ¿Consumo frutas y verduras diariamente? SI NO ¿Cuántas veces a la semana? _____

18. Cuadro familiar	Vivos			Fallecidos	
	Edad	ANTECEDENTES diabetes, enfermedad coronaria, cáncer, evento cerebro vascular, otros	Edad al morir	Causa de la muerte	
Padre					
Madre					
¿Cuántos hermanos vivos tiene? _____					
¿Cuántos hermanos muertos tiene? _____					
No. hijos _____	Antecedentes				

19. Preguntas adicionales para cuando el solicitante es mujer.

a) ¿Cuántos hijos ha tenido? _____ b) ¿Complicaciones del embarazo/parto/postparto? SI NO

Detalles: _____

c) ¿Ha pasado a la menopausia? SI NO
 d) ¿Ha tenido alguna vez algún tumor o enfermedad de los senos o de los ovarios? SI NO
 e) ¿Esta actualmente embarazada? SI NO
 f) ¿Es un embarazo de riesgo? SI NO
 g) Fecha última menstruación _____

20. ¿Ha sufrido alguna vez de alguna de estas enfermedades o síntomas? (Señalar "SI" o "NO")
 Explique abajo en detalle.

a) APARATO RESPIRATORIO

¿Asma, fatiga o dificultad respiratoria, EPOC? SI NO ¿Flemas frecuentes con o sin cambios en su coloración? SI NO
 ¿Tos frecuente, ronquera o disfonía? SI NO ¿Otros trastornos pulmonares de cualquier tipo? SI NO

b) APARATO CARDIOVASCULAR/FACTORES DE RIESGO

Indique su peso (kg) _____ Indique estatura (m) _____ Opcional: Indique índice de masa corporal (IMC)

¿Palpitaciones o cualquier enfermedad del corazón? SI NO

¿Tensión arterial alta? HDL bajo Hombre <40 Mujer <50 SI NO

¿Tiene triglicéridos altos, Glicemia > a 100 mgs, Intolerancia a la glucosa, o diabetes? SI NO

Perímetro abdominal en cms. Tomar medida alrededor del ombligo. _____

Perímetro de caderas en cms. Tomar medida alrededor de los glúteos. _____

c) APARATO GASTROINTESTINAL

¿Gastritis, úlcera de estómago o cualquier enfermedad de los órganos digestivos? SI NO

¿Apendicitis, diarrea frecuente, disentería o cualquier enfermedad del intestino, páncreas, hígado o vesícula biliar? SI NO

¿Ictericia o cálculos? SI NO ¿Reflujo gastroesofágico, tumores? SI NO ¿Hernias de cualquier clase? SI NO

d) APARATO GENITO-URINARIO

¿Enfermedades de la vejiga o de los riñones? SI NO

¿Enfermedades de los testículos o de la próstata, del útero u ovarios? SI NO

¿Albumina, cilindros o azúcar en la orina? SI NO

¿Cólicos, cálculos renales o sangre en la orina? SI NO

¿Enfermedades de transmisión sexual? SI NO

e) SISTEMA NERVIOSO

¿Dolores de cabeza intensos, continuos y frecuentes? SI NO

¿Vértigos, trastornos, desmayos o pérdida del sentido? SI NO

¿Epilepsia o convulsiones de cualquier clase? SI NO

¿Apoplejía o parálisis, compresiones, trastornos de la columna vertebral? SI NO

¿Desórdenes mentales o cualquier enfermedad nerviosa? Trastornos de ansiedad, depresión, otros. SI NO

¿Neuritis, neuralgias, ciática o trastornos crónicos neurológicos? SI NO

f) OTROS

¿Artritis, dolores o trastornos articulares, musculares y/o ligamentarios? SI NO

¿Deterioro de la visión, voz o de la audición? SI NO

¿Enfermedades del bazo, anemia o inflamación de ganglios linfáticos? SI NO

¿Enfermedades de las arterias o las venas? SI NO

¿Se ha sometido o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico de SIDA? SI NO

Resultado _____

Resultado _____

DETALLES

Con respecto a las preguntas previas, y sobre enfermedades o trastornos no preguntados indique: Fecha aproximada de la enfermedad, duración, tratamiento, recaídas, estado actual, secuelas, nombre del médico tratante, IPS y teléfono:

Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma en la que aparecen escritas, por lo tanto, la falsedad, el error o la retención en ellas, tendrán las consecuencias aceptadas por mí en la solicitud de seguro o en la cláusula INDISPONIBILIDAD DE MI PÓLIZA. De acuerdo con las leyes 1266 de 2008, 1581 de 2012 y su Decreto reglamentario 1377 de 2013, autorizo el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de mis datos personales y sensibles, como mi historia clínica entre otros, en cualquier tiempo a HDI SEGUROS S.A. y/o a los terceros que ésta determine, para la prestación del servicio. Autorizo igualmente a los médicos e instituciones prestadoras de salud, revelar cualquier información adquirida con ocasión de la realización de procesos diagnósticos o terapéuticos. Esta autorización se extiende al tratamiento de los datos de mis hijos menores y/o de las personas respecto de las cuales ostento la representación legal.

Certifico que he leído, comprendido y diligenciado este formulario en mi condición de tomador/asegurado o ha sido diligenciado por un tercero con mi autorización y conocimiento, y estoy de acuerdo con lo que se indica anteriormente.

Fecha _____

Firma del solicitante _____

C.C. No. _____

Huella Índice Derecho _____

Correo electrónico _____

FORMATO EXAMEN MÉDICO

Todos los campos de este formulario deben quedar completamente diligenciados, en los campos que no tenga información, por favor escriba N/A (No aplica). Se recomienda diligenciar el formulario en **ACROBAT** antes de imprimirlo.



Estatura:	Peso:	Perímetro Torácico		Perímetro abdominal
		Inspiración forzada	Expiración forzada	
IMC:	Pulso frecuencia:		Intermitencia por minuto:	
Tensión arterial	<input type="checkbox"/> 1a.Vez	Máx:	Mín:	Hora:
	<input type="checkbox"/> 2a.Vez	Máx:	Mín:	Hora:
Encuentra usted indicios de enfermedades pasadas o presentes en :	SI	NO	DETALLE Aclare exhaustivamente cualquier afección encontrada:	
SISTEMA NERVIOSO (S.N)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
SISTEMA ENDOCRINO (S.E)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO (S.M.E)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
SISTEMA HEMOLINFÁTICO (S.H.L)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
APARATO CARDIOVASCULAR (A.C.V)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
APARATO RESPIRATORIO (A.R)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
APARATO DIGESTIVO (A.D)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
APARATO GENITOURINARIO (A.G.U)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS (O.S)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
PIEL Y ANEXOS (P.Y.A)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Considera usted el estado de salud del solicitante: Bueno: <input type="checkbox"/> Dudoso: <input type="checkbox"/> Malo: <input type="checkbox"/>				
Fecha: _____ Hora: _____ Lugar: _____				
Nombre del médico examinador: _____ Código: _____ Firma del médico examinador: _____				
Observaciones: _____				
Calificación de riesgo: _____				

De acuerdo con las leyes 1266 de 2008, 1581 de 2012 y su Decreto reglamentario 1377 de 2013, autorizo el tratamiento (recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión) de mis datos personales y sensibles, como mi historia clínica entre otros, en cualquier tiempo a HDI SEGUROS S.A. y/o a los terceros que ésta determine, para la prestación del servicio. Autorizo igualmente a los médicos e instituciones prestadoras de salud, revelar cualquier información adquirida con ocasión de la realización de procesos diagnósticos o terapéuticos. Esta autorización se extiende al tratamiento de los datos de mis hijos menores y/o de las personas respecto de las cuales ostento la representación legal.

Certifico que he leído, comprendido y diligenciado este formulario en mi condición de tomador/asegurado o ha sido diligenciado por un tercero con mi autorización y conocimiento, y estoy de acuerdo con lo que se indica anteriormente.

Email personal:

Email empresarial:

_____ FIRMA DEL SOLICITANTE

CC: No. _____



Huella Índice Derecho