

DECLARACIÓN AMPLIA DE SALUD

DIABETES MELLITUS



Nombre completo: _____

Número de solicitud: _____

1. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez diabetes y que tipo? _____

2. Tratamiento:

a) ¿Toma medicamentos orales? SI NO

En caso de ser afirmativo, indique el medicamento y dosis, incluyendo el número de tomas diarias

3. Control de su enfermedad

a) ¿Con qué frecuencia controla su nivel de glucosa en sangre u orina?

Diaria Quincenal Mensual Trimestral Semestral Anual

b) Indique los últimos tres resultados de análisis de glucosa en sangre: c. Indique los últimos tres resultados de análisis de glucosa en orina:

Fecha _____	Resultado _____	Fecha _____	Resultado _____
Fecha _____	Resultado _____	Fecha _____	Resultado _____
Fecha _____	Resultado _____	Fecha _____	Resultado _____

d. Indique los últimos dos resultados de HbA1 si los conoce:

Fecha _____	Resultado _____	Fecha _____	Resultado _____
-------------	-----------------	-------------	-----------------

e. Con qué frecuencia acude a clínica para el control de la diabetes

Diaria Quincenal Mensual Trimestral Semestral Anual

f. ¿Cuándo fue su última consulta médica? _____

g. Indique el nombre y dirección del médico o clínica que supervisa su tratamiento _____

4. Desde que empezó el tratamiento, ¿ha sido hospitalizado debido a coma diabético (hipoglucémico/hiperglucémico) u otro trastorno Relacionado con la diabetes? SI NO En caso de ser afirmativo, confirme la fecha _____

5. ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos?

- Proteinuria o albuminuria SI NO Describa _____
- Problemas de los ojos SI NO Describa _____
- Entumecimiento u hormigueo en los pies brazos manos piernas o pies SI NO Describa _____
- Tensión arterial alta SI NO Describa _____
- Problemas cardiacos o Circulatorios SI NO Describa _____
- Problemas renales SI NO Describa _____

6. ¿Ha tenido que ausentarse mucho del trabajo (más de una semana) a consecuencia de esta enfermedad ¿Sí _____ No _____

7. En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo las fechas y la duración de la ausencia laboral.

8. 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 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 del Solicitante

Fecha