

DECLARACIÓN AMPLIA DE SALUD

HIPERTENSIÓN



Nombre completo: _____

Número de solicitud: _____

1. ¿Cuándo se le diagnosticó por primera vez hipertensión? _____

2. ¿Por qué le tomaron la presión arterial en ese momento (control de rutina, presencia de síntomas, etc.)? _____

3. ¿Conoce usted las lecturas de su presión arterial en el momento del diagnóstico? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto. _____

4. ¿Conoce usted la causa de que su presión arterial sea alta? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto _____

5. ¿Se le ha realizado un ECG, radiografías, control de lípidos en sangre, ecocardiograma u otros estudios? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo las fechas y resultados de los estudios _____

6. Proporcione toda la información relacionada con su tratamiento, incluyendo los nombres de los medicamentos (Inderal, Tenormin, etc.), la dosis y la frecuencia con la que los toma:

a) Actualmente: _____

b) Si los ha cambiado en los últimos 12 meses: _____

7. En lo que al control de su enfermedad se refiere: a) ¿Quién se encarga de su seguimiento? _____

b) ¿Con qué frecuencia va al médico para una consulta de seguimiento? _____

c) ¿Cuándo fue su última consulta? Si la conoce, indique la presión arterial que se le tomó en esa ocasión _____

8. ¿Se le ha detectado alguna anomalía en la orina, como proteína, sangre o azúcar? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fechas. _____

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

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

10. 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