



## PRUEBA DE ASEGURABILIDAD

### 1. Nombre y Dirección completa de los Médicos que atienden regularmente a cualquiera de los miembros de su familia:

---



---

### 2. ¿Ha tenido el Titular o sus Familiares Dependientes alguna de las siguientes enfermedades? (Marque con una "X" o circule SI o NO escribiendo en la casilla correspondiente a la persona que aplica a cada una de las enfermedades en el cuadro a continuación:)

Descripción de Preguntas	Titular		Depen- dientes		Nombre de la Persona para la cual es Afirmativa la Respuesta
	SI	NO	SI	NO	
a) ¿Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	SI	NO	
b) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	SI	NO	SI	NO	
c) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis?	SI	NO	SI	NO	
d) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?	SI	NO	SI	NO	
e) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula?	SI	NO	SI	NO	
f) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario, del recto u órganos reproductivos?	SI	NO	SI	NO	
g) ¿Diabetes, tiroide u otro trastorno endocrinólogo?	SI	NO	SI	NO	
h) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	SI	NO	
i) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal?	SI	NO	SI	NO	
j) ¿Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer?	SI	NO	SI	NO	
k) ¿Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre?	SI	NO	SI	NO	
l) ¿Trastorno del sistema inmune?	SI	NO	SI	NO	
m) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	SI	NO	
n) ¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	SI	NO	SI	NO	
o) ¿Ha consultado un médico durante los últimos doce meses?	SI	NO	SI	NO	
p) ¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos-X o cualquier otro examen para diagnóstico?	SI	NO	SI	NO	
q) ¿Le ha sido recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía, que no haya sido realizado?	SI	NO	SI	NO	
r) ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquier otra droga?	SI	NO	SI	NO	
s) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento, en relación al uso de drogas o alcohol?	SI	NO	SI	NO	
t) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
<b>SOLO PARA MUJERES</b>					
u) ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos? INDIQUE la fecha última de su menstruación ___/___/___	SI	NO	SI	NO	
v) ¿Operación cesárea?	SI	NO	SI	NO	
w) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (o su cónyuge) (Si así es, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento.)	SI	NO	SI	NO	

**3. ¿Se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo?**

Si cualquiera de las respuestas fuera afirmativa, por favor indique detalles a continuación:

Ejemplo			
<b>Pregunta</b>	<b>Persona a la que Aplica</b>	<b>Dolencia o Tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
<b>Duración</b>	<b>Nombre del Médico</b>	<b>Hospital</b>	

<b>Pregunta</b>	<b>Persona a la que Aplica</b>	<b>Dolencia o Tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
<b>Duración</b>	<b>Nombre del Médico</b>	<b>Hospital</b>	

<b>Pregunta</b>	<b>Persona a la que Aplica</b>	<b>Dolencia o Tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
<b>Duración</b>	<b>Nombre del Médico</b>	<b>Hospital</b>	

<b>Pregunta</b>	<b>Persona a la que Aplica</b>	<b>Dolencia o Tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
<b>Duración</b>	<b>Nombre del Médico</b>	<b>Hospital</b>	

<b>Pregunta</b>	<b>Persona a la que Aplica</b>	<b>Dolencia o Tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
<b>Duración</b>	<b>Nombre del Médico</b>	<b>Hospital</b>	

<b>Pregunta</b>	<b>Persona a la que Aplica</b>	<b>Dolencia o Tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
<b>Duración</b>	<b>Nombre del Médico</b>	<b>Hospital</b>	

<b>Pregunta</b>	<b>Persona a la que Aplica</b>	<b>Dolencia o Tratamiento</b>	<b>Fecha</b>
<b>Duración</b>	<b>Nombre del Médico</b>	<b>Hospital</b>	

Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No.: \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_