

**PARTE II DE LA SOLICITUD**  
(Declaraciones dadas por el Solicitante y Escritas por el Examinador de su Puño y Letra - USESE TINTA NEGRA)  
**FAVOR SOLICITAR DOCUMENTO DE IDENTIDAD PERSONAL Y Nº DE CÉDULA**  
**COMPAÑIA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.**

<b>1. NOMBRE COMPLETO Y Nº CÉDULA (con letra de imprenta)</b>					<b>21) ¿En los últimos diez años Ud. ha:</b> <span style="float: right;">SI O NO</span> (1) tenido o le han dicho que tenía el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida ("SIDA"), Complejo Relacionado al Sida (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA? (2) recibido consejo o tratamiento en conexión con cualquiera de las categorías mencionadas en (1) arriba? (3) tenido resultados positivos para anticuerpos al virus (Humano - T Linfotrópico Tipo III; VH TL III) del SIDA?				
<b>2. a. LUGAR DE NACIMIENTO</b>		<b>b. FECHA DE NACIMIENTO</b>			22) ¿Consumo ud. o ha consumido algún tipo de droga ilícita? <b>C) ESTUDIOS ESPECIALES:</b> 1) ¿Ha estado internado en un hospital, clínica o sanatorio para examen general, diagnóstico o tratamiento? 2) ¿Se encuentra actualmente bajo observación o tratamiento médico o bajo anticonceptivos? 3) ¿Se le han hecho estudios con Rayos X? 4) ¿Le han practicado estudios para diagnósticos de cáncer? 5) ¿Le han hecho electrocardiogramas simples o con prueba de esfuerzo? 6) ¿Le han aconsejado que se hiciera algún examen para diagnóstico que se recluyera en un hospital o que se sometiera a una intervención quirúrgica que no se ha realizado? <b>D) EN CASO DE SER MUJER:</b> 1) ¿Está embarazada? En caso afirmativo, cuántos meses tiene? 2) ¿Ha tenido abortos, partos prematuros, o dificultad en sus partos? 3) ¿Ha tenido algún tumor o enfermedad en: a) • Los pechos? b) • La matriz? c) • Los ovarios? 4) ¿Ha tenido hemorragias vaginales? 5) ¿Son regulares sus períodos menstruales?				
<b>3. a.:</b>	Edad si vive	Estado de Salud Si no es buena. ¿De que sufre?	Edad en la fecha de la muerte.	Causa de la muerte Si de tuberculosis, desde hasta la fecha de la muerte.	6. a. ¿Qué médico consultó últimamente? Nombre: _____ Clínica _____ ¿Cuándo? _____ ¿Para que? _____ Resultado de cualquier examen o laboratorio _____ b. ¿De el nombre de los demás médicos, cirujanos o practicantes que le hayan asistido o tratado, o a quien usted haya consultado por cualquier motivo o dolencia ya sea grave o no, en los últimos cinco años? Nombre: _____ Clínica _____ ¿Cuándo? _____ ¿Para que? _____ Resultado de cualquier examen o laboratorio _____ 7. ¿Se le ha hecho alguna vez la prueba Wasserman o cualquier otra serología? Si es así, dé el motivo, fecha y resultado.				
b. ¿Ha tenido tuberculosis alguno de la familia o de los que viven en su casa? ( Déense fechas y datos)					8. a. ¿Qué cantidad de bebidas alcohólicas consume usted a la semana? b. ¿Ha bebido en mayor cantidad anteriormente? c. ¿Ha recibido tratamiento por el uso de licor o narcóticos?				
<b>4. ¿Se le ha aconsejado alguna vez que cambie de ocupación o residencia en bien de la salud?</b>					13) ¿Deformidad, cojera o amputación? 14) ¿Alergias, anemias u otros trastornos de la sangre? 15) ¿Ha consultado algún psiquiatra? 16) ¿Chancro o reacciones de sangre positiva a la sífilis o herpes genital? 17) ¿Intervenciones quirúrgicas? 18) ¿Alguna otra enfermedad o lesión además de las ya mencionadas? 19) ¿Ha recibido transfusiones? 20) ¿Se le ha estudiado o diagnosticado por alguna alteración inmunológica?				
<b>5. ¿Ha tenido alguna vez:</b> <span style="float: right;">SI O NO</span>					DETALLES: (Use el espacio a continuación para dar datos completos en caso de que cualquier pregunta del 5 al 8 haya sido "SI", Especifique cada enfermedad, lesión, deformidad u operación, dando la fecha, duración, gravedad, resultado, nombres con direcciones de médicos y hospitales, etc).				
A) ¿Padece alguna enfermedad crónica?					8. a. ¿Qué cantidad de bebidas alcohólicas consume usted a la semana? b. ¿Ha bebido en mayor cantidad anteriormente? c. ¿Ha recibido tratamiento por el uso de licor o narcóticos?				
B) ¿SUFRE O HA SUFRIDO DE:					1) ¿Trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta? 2) ¿Palpitaciones, Soplo Cardíaco, infarto del Miocardio, Valvopatías o alguna otra enfermedad del corazón, o del sistema circulatorio? 3) ¿Tensión arterial alta? 4) ¿Bronquitis, tos persistente, ronquera, esputos sanguíneos, asma, enfisema, pleuresía, tuberculosis o cualquier otro trastorno respiratorio crónico? 5) ¿Úlcera del estómago, del duodeno, dispepsia, indigestiones repetidas, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides o cualquiera otra molestia del recto o de los intestinos? 6) ¿Enfermedades del hígado, de la vesícula biliar o del páncreas? 7) ¿Ha presentado Ud. infecciones urinarias, hematuria, Litiasis renal o enfermedades de la vejiga, próstata ó riñon? 8) ¿Hemorragia de cualquier índole o hemofilia? 9) ¿Diabetes, bocio, trastornos de las glándulas endocrinas? 10) ¿Cáncer, quiste o algún otro tumor? 11) ¿Pérdida del conocimiento, ataque, dolor de cabeza, con convulsiones o epilepsia? 12) ¿Reumatismo, gota, neuritis, artritis o transtornos de los músculos o de los músculos o de los huesos, incluyendo la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?				

Convengo en que las respuestas anteriores formarán parte de mi solicitud, la cual consistirá de las Partes I y II. En mi propio nombre y el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquiera póliza que se emita en virtud de esta solicitud, renuncio expresamente a todas las disposiciones de la ley que prohíben a cualquiera médico u otra persona que me haya asistido o reconocido, o que pueda asistirme o reconocermme en lo sucesivo, revelar cualquier conocimiento o información que haya adquirido de ese modo.

Fecha en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ M.D. Firma del solicitante \_\_\_\_\_

(En presencia del Médico Examinador)

**NO DESPRENDA ESTA AUTORIZACION ES PARA EL MEDICO O ASISTENTE**

<b>Nota para el médico examinador:</b>  No dirija este formulario a sí mismo. Sirvase hacerlo firmar por el solicitante y atestiguar la firma.   Testigo: _____ M.D.	<b>AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR INFORMACION PROFESIONAL</b>  El infrascrito por este medio autoriza al Dr. _____ o a la Clínica _____ o a cualquiera de los miembros de sus directores facultativos, para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional del Dr. _____ o de la Clínica _____ o de algún miembro de sus directores facultativos, a la _____ <b>COMPAÑIA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.</b>  Yo por este medio renuncio y relevo al Dr. _____ o a la Clínica _____ o a cualquier miembro de su Directiva, de toda restricción impuesta por la ley para que informe o revelen cualquier dato profesional, observación o confidencia a la Compañía que arriba se nombra.  _____ de _____ 20 _____ <p style="text-align: right;">Firma del Solicitante</p>
--	--

### INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR

Se le pide al examinador que practique un examen bien minucioso de Corazón y los Pulmones aplicando el Estetoscopio en la piel desnuda.  
El examinador y el solicitante deben estar solos, sin que esté presente algún agente o tercero.

<p>9. a. ¿ Está usted solo con el solicitante? _____                  b. ¿ Tiene usted parentesco con el solicitante? _____                  c. ¿ Desde cuándo conoce al solicitante y qué grado de intimidad tiene con él? _____                  d. ¿ Le parece que el solicitante tiene más edad que la declarada? _____                  e. ¿ Tiene el solicitante apariencia delicada, anémica o enfermiza? _____</p> <hr/> <p>10. a. ESTATURA (con zapatos) _____ m. _____ cms.                  _____ pies _____ pulgs.                  b. ¿ Lo midió usted? _____                  c. ¿ PESO (con ropa ordinaria) _____ kilos _____ lbs.                  d. ¿ Lo pesó usted? _____                  (Si el peso es 20% mayor o menor que el peso de término medio debe pesarle en romano)                  e. ¿ Desde cuándo ha mantenido el peso actual?                  Fecha: _____                  f. ¿ Cuál ha sido el peso máximo del solicitante?                  Peso: _____                  Fecha: _____                  g. Medida del pecho al nivel del pezón: Expiración _____                  Inspiración: _____                  h. Medida del abdomen al nivel del ombligo: _____</p> <hr/> <p>11. ¿ Existe deformidad alguna, pérdida de miembro o menoscabo de vista u oído?                  Si hay defecto de vista u oído, dé el grado del menoscabo.                  ¿Es normal el otro ojo u oído? _____</p> <hr/> <p>12. ¿ Existe antecedentes anormales de bocio o de tiroides?                  (Describalos íntegramente en las OBSERVACIONES)</p> <hr/> <p>13. ¿ Encuentre usted al examinador anomalía alguna en:</p> <p>a. El cerebro o sistema nervioso _____                  b. Los reflejos, Pupilar _____ Rotuliano _____                  c. Los pulmones o vías respiratorias _____                  d. El estómago, los intestinos o cualquier órgano abdominal _____                  e. Los riñones u órganos genitos-uritarios? _____</p>	<p>14. PRESION ARTERIAL</p> <p>a. Hora _____ a.m. _____ p.m.                  b. Sistólica _____ m.m. Diastólica _____ m.m.                  Disminución del sonido (4a. fase) _____                  Cesación del sonido (5a. fase) _____</p> <hr/> <p>15. PULSO POR MINUTO:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Frecuencia del pulso</th> <th style="width: 33%;">¿Es Rítmico?</th> <th style="width: 33%;">Si no es Rítmico, número de irregularidades</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Solicitante sentado descansado.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b. Inmediatamente después de hacer ejercicio (25 brincos con cada pie)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Dos minutos después de hacer ejercicio</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p>16. CORAZON</p> <p>a. ¿ Hay hipertrofia? _____                  b. ¿ Hay murmullo del corazón? _____                  c. ¿ Es Sistólico? _____ ¿ Diastólico ? _____ ¿ Prestólico ? _____                  d. ¿ Setransmite el murmullo ? _____                  e. ¿ Dónde está situado el murmullo ? _____                  f. ¿ Diagnóstico del estado del corazón? _____                  g. ¿ Existen antecedentes de dolor precordial o torácico, respiración corta o indigestión aguda ? (Dé datos completos en las OBSERVACIONES)                  h. ¿ Hay antecedentes de amigdalitis, reumatismo u otra enfermedad infecciosa ? (Dé datos completos en las OBSERVACIONES)</p>	Frecuencia del pulso	¿Es Rítmico?	Si no es Rítmico, número de irregularidades	a. Solicitante sentado descansado.			b. Inmediatamente después de hacer ejercicio (25 brincos con cada pie)			c. Dos minutos después de hacer ejercicio		
Frecuencia del pulso	¿Es Rítmico?	Si no es Rítmico, número de irregularidades											
a. Solicitante sentado descansado.													
b. Inmediatamente después de hacer ejercicio (25 brincos con cada pie)													
c. Dos minutos después de hacer ejercicio													

**DOCTOR:** Si en las declaraciones al dorso de este formulario, el solicitante ha dado antecedente alguno de consulta médica o de tratamiento, sírvase indicar en las OBSERVACIONES, a continuación, si al practicarle el examen de la parte afectada hay rastro de dolencia alguna.

**OBSERVACIONES**

¿Considera usted que el solicitante es un riesgo normal ? SI  NO  ES FUMADOR? SI  NO  Seg. Social Nº \_\_\_\_\_

Examen practicado en: Residencia del Solicitante  Lugar de trabajo del Solicitante  Oficina del Médico Examinador

Nombre del agente que pide examen \_\_\_\_\_  
 Fechada el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del examinador: \_\_\_\_\_ M.D. R.U.C. o Cédula: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfonos: \_\_\_\_\_