



NOMBRE DEL NIÑO (A): _____ / _____
NOMBRE (S) APELLIDO (S)

HIJO (A) DE: MADRE: _____ PADRE: _____
NOMBRE Y APELLIDO NOMBRE Y APELLIDO

NÚMERO DE CÉDULA DEL NIÑO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____ / ____ / ____
DI A MES AÑO

ESTATURA y PESO ACTUAL: _____ ESTATURA y PESO AL NACER: _____

1. TIPO DE NACIMIENTO: PARTO NORMAL: _____ CESÁREA: _____ FORCEPS: _____

2. **SEMANAS DE EMBARAZO DE LA MADRE, AL NACER EL BEBÉ:** _____

3. ¿HA PRESENTADO ALGUNA DEFORMIDAD, ENFERMEDAD O DEFECTO CONGÉNITO? DE SER ASÍ, EXPLIQUE: _____

4. ¿LE HA SIDO DETECTADO ALGÚN SOPLO CARDÍACO?

5. ¿HA PRESENTADO ALGÚN PROBLEMA PULMONAR?

6. ¿HA PRESENTADO ADENOPATÍAS? _____ EXPLIQUE POR QUÉ?

7. ¿VISCEROMEGALIAS? _____

8. ¿EXISTE ALGÚN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO Y/O CONDICION MEDICA / PADECIMIENTO MEDICO POR LA CUAL SE NECESITARÍA ALGUNA OPERACIÓN O TRATAMIENTO EN EL FUTURO?

9. ESTADO ACTUAL, INCLUYENDO SECUELAS Y COMPLICACIONES DE LAS AFECCIONES QUE MENCIONÓ:

10. SABE USTED SI HA CONSULTADO OTROS MÉDICOS O CIRUJANOS? EN CASO AFIRMATIVO, DE NOMBRES, FECHAS Y NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD

11. FAVOR MENCIONE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

12. FAVOR SUMINISTRARNOS CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE POSEA SOBRE LA SALUD DE SU PACIENTE QUE DEBA SER DE NUESTRO CONOCIMIENTO PARA EFECTOS DEL SEGURO:

13. RESULTADOS DE LABORATORIOS – **OBSERVACIONES**

Glicemia _____

Hemoglobina _____

Urinálisis _____

OTROS: _____

DECLARACIÓN

Declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida.

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: _____

*****IMPORTANTE*****

SI EL SUMINISTRARNOS LA INFORMACIÓN REQUERIDA TIENE ALGUN COSTO, ESTE DEBERA SER ASUMIDO Y CANCELADO EL SOLICITANTE

