

**Cuestionario de salud**
**Sin examen médico**

Rogamos conteste de forma expresa a todas las preguntas del presente cuestionario, ya que se trata de información imprescindible para valorar su adhesión al seguro de vida. De lo contrario, no podríamos ofrecerle la cobertura de la póliza de seguro de vida solicitada.

**1** a) Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

b) Fecha exacta de nacimiento: \_\_\_\_\_

c) Profesión: Actual: \_\_\_\_\_ Anterior: \_\_\_\_\_

d) Domicilio: \_\_\_\_\_

e) ¿Piensa Vd. residir en el extranjero? (Excepto Europa y América del Norte)  No  Sí

f) ¿Practica Vd. algún deporte con regularidad?   ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

g) ¿Practica Vd. algún deporte con regularidad?   ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

	No	Sí	Observaciones
<b>2</b> a) ¿Su peso ha aumentado o disminuido durante los últimos 5 años? ¿Cuánto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ _____ Kg _____ Kg Causa: _____ Intencionadamente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b) ¿Cuál es su peso _____ Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Su talla _____ cm Su tensión arterial _____ ?
c) ¿Consume Vd. bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Vino _____ Cerveza _____ Alcohol _____ Aperitivos
d) ¿Cuánto diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cl _____ cl _____ cl _____ cl
e) ¿Fuma Vd.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Cigarrillos _____ Puros _____ Pipas
f) ¿Cuántos diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) ¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? _____ ¿Hasta cuándo? _____

**3** a) ¿Le han prescrito durante un cierto tiempo medicamentos para el corazón o la circulación, contra la hipertensión, anticoagulantes y otros medicamentos antibióticos, insulina, hormonas, derivados de la cortisona, inyecciones, etc.?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

b) ¿Toma Vd. normalmente medicamentos contra el dolor de cabeza o cualquier otro dolor, somníferos o tranquilizantes?

¿Cuáles? \_\_\_\_\_ ¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_

¿Frecuencia? \_\_\_\_\_

**4** a) ¿Le han prescrito una cura de reposo, de desintoxicación, una cura dietética o de algún otro tipo?

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

b) ¿Tiene Vd. que ser hospitalizado próximamente?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

c) ¿Va Vd. a ser intervenido quirúrgicamente?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**5** a) ¿Ha sido Vd. sometido a algún examen radiológico de tórax o de algún otro tipo de examen radiológico (por ej.: del aparato digestivo, vías urinarias o biliares, esqueleto, etc.)?

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Resultado \_\_\_\_\_

¿Le han hecho alguna vez:

a) un electrograma?   ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Resultado? \_\_\_\_\_

b) un electroencefalograma?   ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Resultado? \_\_\_\_\_

c) un análisis de sangre?   ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Resultado? \_\_\_\_\_

d) un análisis de orina?   ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Resultado? \_\_\_\_\_

e) un test del SIDA?   ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Resultado? \_\_\_\_\_

**6** Para personas de sexo femenino

a) ¿Toma Vd. anticonceptivos?

b) ¿Está Vd. embarazada?   ¿De cuántos meses? \_\_\_\_\_

¿El embarazo se desarrolla normalmente?

c) ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad ginecológica o de los senos?   ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**7** a) ¿Su capacidad de trabajo está reducida?   ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

b) ¿Ha estado Vd. de baja, en los últimos 5 años, durante más de 3 semanas consecutivas?   ¿Duración? \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

**8** ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, diabéticos u otras enfermedades de posible carácter hereditario?   ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

