

Nombre del Propuesto Asegurado _____ Fecha de Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____

Número de Cédula o Pasaporte _____ Edad _____

1. a. Nombre y dirección de su médico de cabecera? (Si no tiene uno, pues indíquelo) _____
- b. ¿Última fecha y razón por la cual lo consultó? _____
- c. ¿Tratamiento suministrado o medicamento recetado? _____

OBSERVACIONES: Proporcione detalles a todas las respuestas "SI". Subraye las condiciones que aplican. Incluya todas las fechas, diagnósticos, duraciones y resultados. Proporcione nombres y direcciones de todos los médicos que le atendieron y centros médicos.

	Sí	No	DETALLE DE CONDICIONES MÉDICAS
2. Alguna vez ha consultado al médico, sido tratado o tenido conocimiento de algún indicio de:			
a. Algún desorden de ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Mareos, desmayos, convulsiones, dolor de cabeza, desorden del habla, parálisis, ataque o desorden nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Corto de aliento, ronquera persistente o tos, esputo con sangre, bronquitis, neumonía, asma, enfisema, tuberculosis o desorden respiratorio crónico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Dolor de pecho, palpitación, presión arterial alta, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco, u otro desorden cardiaco o de los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Hepatitis, cirrosis de hígado, sangrado digestivo, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente, u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad de transmisión sexual, cálculos u otro desorden en el riñón, vejiga, próstata u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Diabetes, tiroide u otros desórdenes endocrinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota u otros desórdenes de los músculos, huesos, articulaciones, espalda o columna vertebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Algún desorden de la piel o glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Alergias, anemia u otro desorden de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Alguna condición de salud mental, emocional o siquiátrica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. En los últimos cinco años, alguna de las personas a ser cubierta ha:			
¿Sido tratada o pertenecido a una organización por alcoholismo o abuso de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Ha fumado alguna vez?(Si responde "SI", cuántos cigarrillos fuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Está ahora usted bajo observación o siguiendo algún tratamiento en forma regular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. ¿Ha tenido algún cambio de peso en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Fuera de lo arriba mencionado, dentro de los últimos 5 años ha tenido usted:			
a. Un examen, consulta, enfermedad, herida u operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra instalación médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Ha tenido un electrocardiograma, rayos X, u otro análisis de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Ha sido aconsejado de tener una prueba diagnóstica, hospitalización u operación que no ha sido contemplada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. ¿Alguna vez por razones de salud física o mental usted ha recibido beneficios por invalidez, compensación o una pensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. ¿Alguna vez alguna de las personas a ser cubiertas ha:			
a. Sido tratada o tenido algún indicio conocido de SIDA (AIDS). Complejo relacionado al SIDA u otro desorden de inmunodeficiencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Tenido resultados de pruebas indicando haber sido expuesta al virus del SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Sido tratada o tenido algún indicio conocido de alguna de las enfermedades transmitidas sexualmente incluyendo: sífilis, gonorrea, herpes, clamidia, o acuminata condiloma (verrugas genitales o anales)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. ¿Alguno de sus padres, hermanos o hermanas ha padecido tuberculosis, diabetes, cáncer, presión arterial alta, enfermedad al corazón o riñón, o cometido suicidio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Preguntas para la mujer:			
a. ¿Ha tenido alguna vez algún desorden de mamas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Está embarazada? Si responde "SI", indique cuántas semanas tiene. Indique el nombre del Ginecólogo Obstetra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Cuántos embarazos previos ha tenido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. ¿Alguna complicación en los embarazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos y acepto que sirvan de base para la emisión del seguro que solicito a Vivir Compañía de Seguros, S.A. Autorizo a todo médico, laboratorio, clínica u hospital que me hayan atendido para que suministren a Vivir Compañía de Seguros, S.A. los informes que ésta requiera en relación con mi seguro, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros a nombre de mi persona. Una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original. Fechado en Panamá, el día _____ del mes de _____ de 20__.

Firma del Médico Examinador _____ Idoneidad No. _____

Firma del Propuesto Asegurado _____

Informe Médico para productos de Vida y Salud



El presente cuestionario debe ser llenado por el médico examinador, con letra legible y de su puño y letra. Este examen es de carácter confidencial

12. a.

Altura (con zapatos)	Peso (Vestido)	Pecho (Aspiración de aire completa)	Pecho (Espiración de aire forzada)	Abdomen (A la altura del ombigo)
Pies Pulgadas	Libras	Pulgadas	Pulgadas	Pulgadas

Detalle de las respuestas "SI"

b. ¿Es la apariencia enfermiza? Si No

13. Presión arterial (Anote TODAS las medidas) Repita P.A. si la primera supera 135/85

Sistólica	4ta fase	5ta fase
Diastólica		

14. Pulso/Minuto

Regular
Irregular

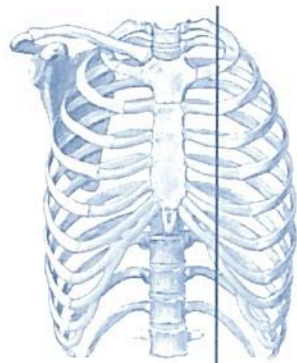
15. a. Corazón: Hay algún/a:

Agrandamiento Si No Disnea Si No
Murmulo (s) Si No Edema Si No
(Describalo abajo- si hay más de uno, describalo por separado)

Lugar

b. Indique:

Apex con: X Constante Si No
Area de Murmullo con: ○ Inconstante Si No
Punto de máxima intensidad con: ○ Transmitido Si No
Transmisión: → Localizado Si No



Sistólico Si No
Presistólico Si No
Diastólico Si No
Suave (Gr. 1-2) Si No
Moderado (Gr. 3-4) Si No
Fuerte (Gr. 5-6) Si No
Después de ejercicios:
Aumentado Si No
Ausente Si No
Sin cambio Si No
Disminuido Si No

16. Hay en el examen alguna anomalía de lo siguiente:

(Marque con un círculo lo correspondiente y proporcione detalles)..... Si No

(a) Ojos, oídos, nariz, boca, faringe? Si No
(Si la visión o audición están marcadamente dañadas, indique el grado y corrección)

(b) Piel (incluyendo cicatrices): ganglios linfáticos; venas varicosas o arterias periféricas?..... Si No

(c) Sistema nervioso (incluyendo reflejos, modo de funcionar, parálisis)? Si No

(d) Sistema respiratorio? Si No

(e) Abdomen (incluyendo cicatrices)? Si No

(f) Sistema genitourinario (incluyendo prostata)? Si No

(g) Sistema endocrino (incluyendo tiroide y senos)? Si No

(h) Sistema musculoesquelético (incluyendo espina dorsal, coyunturas, amputaciones, deformaciones)? Si No

17. (a) Hay alguna Hernia? Si No

(b) Hemorroides? Si No

18. Es usted conciente de historia médica adicional? Si No
(Un informe confidencial puede ser enviado al Director Médico)

YO CERTIFICO que he examinado cuidadosamente a _____ (Nombre completo en imprenta)

con cédula de identidad personal o pasaporte número _____ en privado, y no en la presencia de ninguna otra persona

en _____ (Proporcione el lugar de la examinación)

el día _____ del mes de _____ del año 20____, a las _____ horas de la mañana/tarde, que he realizado cada pregunta exactamente como está indicado al dorso de esta hoja y que las respuestas a ellas son de mi propia letra y son exactamente como fueron respondidas a mi persona y que han sido firmadas en mi presencia. También he revisado todas las respuestas del cuestionario médico examinador y del informe médico y las considero completas y verdaderas.

Firma _____ Idoneidad No. _____

AL MÉDICO EXAMINADOR: Cualquier borradura o alteración en este informe tiene que llevar sus iniciales, hechas por usted. Por favor envíe este informe, o cualquier otra información que no pudiera incluir en este informe sin demora.