

6. Ha presentado visceromegalias? sí__ no__ Si la respuesta es afirmativa explique la razón:

7. Existe alguna patología por la cual ha necesitado, necesita o necesitará tratamiento? sí__ no__. Si la respuesta es afirmativa favor ampliar la información:

8. Padece de alguna alteración o enfermedad neurológica? sí__ no__. Si su respuesta es afirmativa favor ampliar la información.

9. Favor suministrarnos cualquier otra información que posea sobre la salud del niño (a) que deba ser de nuestro conocimiento para efectos del seguro de salud solicitado:

Resultados de Ultrasonido: _____

*****Favor adjuntar copia de la tarjeta de vacunación, crecimiento y desarrollo del menor*****

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.

Firma y sello del médico: _____

Fecha: _____