

I. DATOS DEL CONTRATANTE :

Nombre y Apellidos o Razón Social : _____

II. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE :

Nombre y Apellidos : _____

Domicilio: Calle _____ N° : _____ C.P. : _____

Ciudad : _____ Provincia : _____

Doc. de Identidad : Tipo : _____ N° _____

Profesión u ocupación: (Ampliar) _____

Otras Ocupaciones: _____

Teléfono: _____ Sexo: M [] F [] Fecha Nacimiento : __ / __ / ____

Lugar de Nacimiento : _____ Est. Civil : _____

Provincia: _____

1) ANTECEDENTES PERSONALES

| | | |
|--|--|--|
| Presión Arterial: Máx/Mín. _____ | ¿Ha tenido cambios en los últimos 12 meses?: | ¿Es zurdo? SI NO |
| Altura _____ | Peso _____ | ¿Aumentó o disminuyó de peso en el último año?(En cuanto y porqué) _____ |
| En caso de ser fumador o ex fumador indique: ¿Edad en que empezó a fumar? _____ Fuma o fumaba cigarrillos, cigarros o pipa? _____ a) Consumo diario: _____ En caso de ser ex fumador, indique: ¿Cuánto hace que dejó de fumar? _____ ¿Por cuantos años fumó? _____ | | |
| ¿Consume habitualmente alguna bebida alcohólica? En caso afirmativo, indique consumo diario: _____ ¿Necesita o necesitó hacer uso de sedantes? _____ ¿Porqué motivo? _____ ¿Consume drogas o medicamentos que no le fueron prescritos por un médico? _____ Explique: _____ | | |
| ¿Practica algún deporte?(explique e indique frecuencia) _____ | | |
| ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? _____ ¿Adolece de algún defecto físico? ¿Cuáles? _____ | | |
| CUANDO EL ASEGURABLE ES MUJER ¿Sus embarazos y partos han sido normales? _____ Fecha del último parto: __ / __ / __ ¿Sus menstruaciones son normales? _____ ¿Está embarazada? _____ ¿De cuantos meses? _____ ¿Tuvo abortos? _____ ¿Cuántos y porqué? _____ | | |

2) ANTECEDENTES FAMILIARES

| a) Parentesco | Edad | Estado de salud y si no fuera bueno enfermedad que sufre | Edad al morir | Causa de la muerte |
|---------------|------|--|---------------|--------------------|
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hermanos | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

b) ¿Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis?(Indicar parentesco) _____

c) ¿Ha convivido en los últimos tres años con algún tuberculoso o HIV+ o sidoso? _____

d) ¿Practica o utiliza Ud. aviones? ¿En qué carácter? _____

3) ANTECEDENTES DE SALUD

a) ¿Ha sufrido en el pasado o sufre actualmente alguno de los siguientes síntomas o enfermedades?

| | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Acidez, úlcera o dolores de estómago | <input type="checkbox"/> | Opresión o palpitaciones cardíacas |
| <input type="checkbox"/> | Sudoraciones y/o fiebre nocturna persistentes | <input type="checkbox"/> | Asma o fatiga respiratoria |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedades dermatológicas | <input type="checkbox"/> | Ronquera persistente |
| <input type="checkbox"/> | Cólicos intestinales | <input type="checkbox"/> | Gánglios inflamados o hinchados |
| <input type="checkbox"/> | Sangre en orina | <input type="checkbox"/> | Convulsiones o temblores |
| <input type="checkbox"/> | Hinchazón de piernas | <input type="checkbox"/> | Tos persistentes/expectoraciones con sangre |
| <input type="checkbox"/> | Deposiciones con sangre/vómitos de sangre | <input type="checkbox"/> | Icterias |
| <input type="checkbox"/> | Transtornos nerviosos o mentales | <input type="checkbox"/> | Desmayos |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis B, ulceraciones/secreciones genitales | <input type="checkbox"/> | Dolores articulares |
| <input type="checkbox"/> | Diarreas frecuentes o crónicas | <input type="checkbox"/> | Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza o mareos persistentes | <input type="checkbox"/> | Hipertensión arterial |

Amplie sobre lo marcado:

| |
|-------|
| _____ |
| _____ |

