

Tegucigalpa
Tel. 2240-1212
Fax. 239-7066
Apartado postal 3195



DECLARACIÓN AMPLIA DE SALUD

San Pedro Sula
Tel. 2566-1296
Fax. 2566-2048
Apartado postal 851

Declaraciones de la Persona a Asegurar (Favor contestar veraz y legiblemente con su puño y letra)

Nombre y apellidos		Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>		<input type="text"/>
No. de Identidad	Estado Civil	Actividad profesional actual
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Domicilio _____

Tel. _____ Fax _____ email: _____ Celular _____

Señale lo que proceda	Si	No	Comentarios (Si ocupa más espacio llenar al final)
1. ¿Practica usted algún deporte?			¿Cuáles?
2. a) ¿Cuál es su peso y estatura? Peso: _____ lb. Estatura: _____ cm.			
b) ¿Ha variado su peso en el último año?			Aumento: _____ lb. Disminución: _____ lb. ¿Motivo?
3. a) ¿Consume usted bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Frecuencia?
b) ¿Fuma usted? <input type="checkbox"/> ¿Ha Fuma anteriormente? <input type="checkbox"/>			Cigarros <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cantidad diaria: _____
c) ¿Hace o ha hecho uso de drogas, estupefacientes o estimulantes?			¿Cuáles? ¿Fecha de última vez?
4. ¿Ha viajado o piensa usted viajar al extranjero?			¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Duración?
5. a) ¿Tiene usted que ser hospitalizado próximamente?			¿Cuándo? ¿Por qué?
b) ¿Le han prescrito para el corazón, hipertensión, anticoagulantes, antibióticos, insulina, hormonas, derivados de la cortisona, inyecciones, etc...?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuáles?
c) ¿Toma usted o ha tomado medicamentos contra el dolor de cabeza o cualquier otro dolor, somníferos o tranquilizantes?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuáles?
d) ¿Le han prescrito una cura de reposo, desintoxicación, dietética o de algún otro tipo?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Duración?
e) ¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea?			¿Cuándo? ¿Por qué?
f) ¿Le han recomendado donar sangre?			¿Cuándo? ¿Por qué?
g) ¿Ha sido sometido usted a algún examen radiológico (Tórax, aparato digestivo, vías urinarias, esqueleto, etc...)?			¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Cuáles? ¿Resultado?
6. ¿Le han recomendado alguna vez:			¿Cuándo? ¿Resultado?
a) Un electrocardiograma o prueba de esfuerzo?			
b) Un electroencefalograma?			¿Cuándo? ¿Resultado?

Señale lo que proceda	Si	No	Comentarios (Si ocupa más espacio llenar al final)
c) Un análisis de sangre?			¿Cuándo?¿Resultado?
d) Un análisis de orina?			¿Cuándo?¿Resultado?
e) Un examen de SIDA?			¿Cuándo?¿Resultado?
f) Un estudio de isótopos radioactivos?			¿Cuándo?¿Resultado?
g) Una ecografía?			¿Cuándo?¿Resultado?
h) Una tomografía?			¿Cuándo?¿Resultado?
i) Una resonancia magnética?			¿Cuándo?¿Resultado?
j) Una endoscopia?			¿Cuándo?¿Resultado?
k) Algún otro tipo de examen?			¿Cuándo?¿Resultado?
7.a) ¿Ha sufrido algún accidente que le dejó algún grado de invalidez?			¿En qué porcentaje?¿Cuándo? Detalle
b) ¿Se ha reducido su capacidad de trabajo?			¿Desde cuándo?¿Por qué?
c)¿Ha estado usted incapacitado en los últimos cinco (5) años durante tres (3) semanas consecutivas?			¿Cuándo?¿Por qué?
8. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabetes, u otras enfermedades hereditarias?			¿Cuáles?
9.¿ Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades o trastornos siguientes: a) Afecciones de los órganos respiratorios: Roquera crónica, asma, bronquitis, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
b) Afecciones del aparato circulatorio: Infartos, palpitaciones, opresión torácica, sincope, angina de pecho, defecto congénito, presión arterial elevada o baja, flebitis, várices?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
c) Afecciones del sistema nervioso: Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, neurosis, demencia, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
d) Afecciones del aparato digestivo: trastorno del estómago o de los intestinos, úlceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos vesiculares, hemorroides, proctitis, fistula del recto, diarrea crónica?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
e) Enfermedades de los oídos: Supuración, disminución de la audición?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?

f) Enfermedades de los ojos: Inflammaciones trastornos de la vista?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
g) Enfermedades de los huesos o de las articulaciones: osteoporosis, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
Señale lo que proceda	Si	No	Comentarios (Si ocupa más espacio llenar al final)
h) Enfermedades de la piel?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
i) Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
j) Enfermedades infecciosas: escarlatina, difteria, amigdalitis a repetición, meningitis, fiebre tifoidea, septicemia, hepatitis, SIDA o enfermedades tropicales (malaria, dengue)?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
k) Afecciones urinarias o de los órganos genitales: Enfermedades de los riñones, de la uretra de la vejiga, o de la próstata, presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus, o arenillas?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
l) Enfermedades de transmisión sexual?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
m) Enfermedades o trastornos no citados anteriormente, por ejemplo: enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, alergias, etc...?			¿Cuándo?¿Cuáles?¿Tratamiento?¿Resultado?
10.¿Ha sido sometido usted a alguna intervención quirúrgica?			¿Cuándo?¿Por qué?
11.¿Ha sido tratado usted con rayos x, sustancias radioactivas, etc...?			¿Cuándo?¿Por qué?
12.¿Ha sido usted victima de algún accidente grave o intoxicación (en caso de traumatismo craneal indicar si hubo coma o pérdida de conocimiento, su duración y secuelas)?			¿Cuándo?¿Por qué?
13.¿Ha sido tratado usted por un psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta?			¿Cuándo?¿Por qué?
14.¿Ha sido tratado usted por algún otro tipo de médico?			¿Cuándo?¿Por qué?
15.Nombre del médico que mejor conoce su estado de salud o su médico de cabecera	→		
16. Para personas de sexo femenino: a) ¿Está embarazada? En caso afirmativo, ¿el embarazo ha transcurrido normalmente hasta la fecha?			Fecha prevista del parto_____ Se ruega indicar nombre del médico tratante y su domicilio
b) ¿Ha padecido Ud. de alguna afección ginecológica o de los senos?			¿Cuál? ¿ Fecha? ¿ Duración? ¿Curada?
17.Nombre del médico que mejor conoce su estado de salud o su médico de cabecera	→		

Este espacio lo puede utilizar para completar alguna pregunta que haya contestado afirmativamente o para dar cualquier declaración de su salud que no haya dado anteriormente.

No. de pregunta	¿Cuándo?	¿Duración?	¿Secuelas?	Nombre, domicilio u hospital del médico que lo atendió

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN

Autorizo por éste medio a los Médicos, hospitales, clínicas privadas o publicas, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Dirección de Medicina Forense del Ministerio Publico y cualquier otro establecimiento médico público o privado que me haya asistido o reconocido o que puedan asistirme o reconocerme en el futuro, con respecto a mi salud, alcoholemia, autopsia y otros procedimientos de tipo legal, para que suministren a Seguros del País, S.A. los informes y cualquier otra información que ésta requiera, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Esta renuncia de confidencia médica me obliga a mi, a mis herederos, a mis apoderados y todo aquel que me represente, a colaborar con Seguros del País, S.A. con lo que ella solicite. Así mismo autorizo a la Central de Riesgos del Banco Central de Honduras para que proporcionen cualquier información que Seguros del País, S.A. solicite, queda entendido y convenido que una copia fotostática de ésta autorización, deberá ser considerada tan efectiva y valida como la original.

Lugar y Fecha

--

Firma de la persona a asegurar

--

SI ESTA DECLARACIÓN ES PARTE DE UN SEGURO COLECTIVO FAVOR ANOTAR LO SIGUIENTE:
NOMBRE DEL CONTRATANTE: _____