

LOGOTIPO

Examen médico

Las preguntas debe formularlas el médico examinador, anotando las respuestas con tinta negra y de su puño y letra de molde. Este examen será practicado de preferencia en el consultorio médico, siempre en privado; es de carácter estrictamente confidencial, por lo que el médico examinador no debe exteriorizar ninguna opinión personal al examinado ni al agente de seguros, debe ser remitido directamente a la compañía junto con la muestra de orina que se recoja o el resultado de la misma en caso de instrucciones en este sentido por parte de la compañía.

I. Datos generales				
Nombre del Solicitante				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
R.F.C. (con homoclave)		CURP		Fecha de nacimiento
				día mes año
Ocupación actual		Lugar de residencia en los últimos cinco años		Sexo
				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Antecedentes patológicos familiares				
¿Ha habido en su familia casos de? Si es afirmativo marque con una cruz				
<input type="checkbox"/> Cáncer		<input type="checkbox"/> Presión arterial alta		<input type="checkbox"/> Mentales
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones		<input type="checkbox"/> Suicidio
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón		<input type="checkbox"/> Enfermedades cerebrovasculares		<input type="checkbox"/> Otras (especificar) _____
Historia familiar				
Parentesco	Edad o No. de vivos	Estado de salud	Edad a su muerte o No. de muertos	Causa de muerte
a) Padre	Edad		Edad	
b) Madre	Edad		Edad	
c) Hermanos	No. de vivos		No. de muertos	
d) Cónyuge	Edad		Edad	
e) Hijos	No. de vivos		No. de muertos	
Hábitos de tabaco				
a) ¿Fuma actualmente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		c) Número de cigarrillos diarios que fuma o fumaba _____		
En caso de se negativo, ¿Fumaba anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		d) ¿En qué año dejó de fumar? _____		
b) ¿En qué año empezó a fumar? _____		e) ¿Por qué razón? _____		
Hábitos de alcohol				
a) ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Desde cuándo? _____		
b) Clase _____				
c) Frecuencia: <input type="checkbox"/> diaria <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Otros _____				
d) Cantidad (de preferencia en ml.) _____		e) ¿Llega al estado de embriaguez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
f) ¿Ha tenido accidentes de tránsito o trabajo por causa de la ingesta de alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
g) Si dejó de beber señale la fecha y la causa _____				
h) ¿Cuánto bebía antes (clase, frecuencia y cantidad)? _____				
i) ¿Ha recibido tratamiento con relación a sus hábitos de consumo de alcohol? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
j) ¿Pertenece o ha pertenecido a asociaciones como Alcohólicos Anónimos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Hábitos de drogas				
a) ¿Alguna vez ha usado marihuana, heroína, LSD, cocaína barbitúricos, anfetaminas o cualquier otro tipo de drogas psicoactivas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		c) ¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de drogas psicoactivas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
a) En caso afirmativo; señalar fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión: _____		d) ¿Pertenece o ha pertenecido a instituciones para su rehabilitación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Hábitos alimenticios y deportes

- a) ¿Ha variado su peso durante el último año? Sí No b) ¿Realiza regularmente alguna actividad física? Sí No
- Kgs. aumentados _____ Kgs. disminuidos _____ c) Tipo de ejercicio _____
- Causa: _____ d) Días y tiempo a la semana _____

Antecedentes personales y padecimiento actual

- a) ¿Padece actualmente alguna enfermedad? Sí No
- b) En los últimos 24 meses, ¿ha consultado con algún médico? Sí No
- c) ¿Está usted sujeto a cualquier tratamiento médico? Sí No
- d) ¿Ha recibido transfusiones de sangre? Sí No
- e) ¿Ha consultado por alguna enfermedad infecciosa por transmisión sexual? Sí No
- f) ¿Le han dicho que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)? Sí No
- Complejo relacionado al SIDA (CRS) o síntomas relacionados con el SIDA Sí No
- g) ¿Ha recibido tratamiento en relación con cualquiera de las categorías anteriores? Sí No

En caso de alguna respuesta afirmativa favor de dar información detallada sobre fechas, cuadros clínicos, estudios de laboratorio y gabinetes, diagnóstico, tratamiento, evolución y secuelas.

Padece o ha padecido de

- | | |
|---|---|
| a) ¿Algún soplo en el corazón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | p) ¿Enfermedades de los riñones? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Dolor en el pecho o en el tórax? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | q) ¿Enfermedades de la vejiga? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Infarto en el corazón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | r) ¿Diabetes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Alguna otra enfermedad del corazón? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | s) ¿Algún tumor? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| e) ¿Enfermedades de la circulación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | t) ¿Parálisis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| f) ¿Presión arterial alta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | u) ¿Pérdida del conocimiento o convulsiones? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| g) ¿Bronquitis crónica? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | v) ¿Astenia, adinamia y anorexia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| h) ¿Asma? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | w) ¿Cuadros diarreicos frecuentes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| i) ¿Tuberculosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | x) ¿Hipertrofia ganglionar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| j) ¿Cáncer? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | y) ¿Diaforesis nocturna? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| k) ¿Úlcera del duodeno? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | z) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| l) ¿Úlcera del estómago? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | aa) ¿Trastornos nerviosos o mentales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| m) ¿Enfermedad del hígado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ab) ¿Alguna otra enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| n) ¿Enfermedades de la vesícula biliar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ac) ¿Alguna intervención quirúrgica? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| o) ¿Enfermedades del intestino, colon o recto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Alguna vez le han practicado

- a) ¿Electrocardiogramas? Sí No d) ¿Alguna prueba de laboratorio para detectar SIDA? Sí No
- b) ¿Análisis o pruebas de laboratorio? Sí No e) ¿Alguna vez ha estado hospitalizado? Sí No
- c) ¿Radiografías? Sí No

Sitio y Fecha: _____

En caso de alguna respuesta afirmativa, dar información detallada: _____

En caso de ser mujer, padece o ha padecido de

- a) ¿Enfermedades de las glándulas mamarias? Sí No c) ¿Enfermedades del útero? Sí No
- b) ¿Enfermedades de los ovarios? Sí No d) ¿Está embarazada? Sí No

En caso afirmativo: Semanas de gestación: _____ Fecha de la última regla: _____

e) Antecedentes gineco-obstétricos: Gesta Para Abortos Cesárea

f) ¿Se le ha practicado alguna mastografía? Sí No

Motivos y resultados: _____

g) ¿Se le ha practicado algún Papanicolau? Sí No Fecha _____

Resultado _____

II. Exploración física

1. Estatura (cms.) _____ ¿Lo midió? Sí No Índice Masa Corporal _____
 Peso (Kg.) _____ ¿Lo pesó? Sí No IMC _____

2. Perímetro del tórax a nivel del apéndice xifoideas:
 a) En inspiración plena: () cms. c) Perímetro del abdomen a nivel del ombligo: () cms.
 b) En espiración forzada: () cms.

3. Pulso:
 a) Frecuencia cardiaca en un minuto completo: _____
 b) ¿Es rítmico? Sí No
 c) Número de extrasístoles por minuto: _____

3A. Pulso en prueba de esfuerzo:

	En reposo	En ejercicio	Post esfuerzo
a) Frecuencia en un minuto completo			
b) ¿Es rítmico?			
c) Número de extrasístoles por minuto			

En caso de extrasístoles practicar la prueba de esfuerzo al margen 3A. El solicitante practicará ejercicio físico (sentadillas, carrera estacionaria, etc.) de modo que su frecuencia se incremente al 100/min. mínimo, registrado en el pulso como se solicita.

4. Presión arterial (método auscultatorio)
 a) Sistólica _____ b) Diastólica (5a. fase) _____

4A. Presión arterial, lecturas adicionales:

	1a. lectura	2a. lectura	3a. lectura
a) Sistólica			
b) Diastólica (5a fase)			

En caso de encontrar cifras superiores a los 140/90 hacer dos lecturas adicionales al margen 4A.

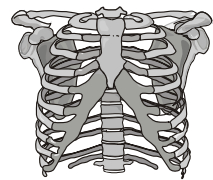
5. Región precordial:
 a) ¿A nivel de qué espacio intercostal se palpa la punta del corazón? ()
 b) ¿A cuántos centímetros de la línea medio esternal? ()
 c) ¿Existe algún dato anormal a la palpación? Sí No
 d) ¿La auscultación en los focos clásicos es normal? Sí No

5A. Examen cardiovascular

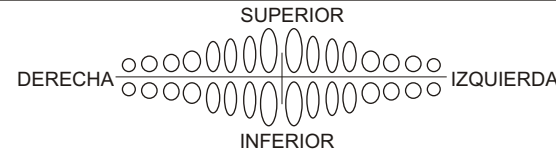
Crecimiento cardiaco	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Soplo cardiaco	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Disnea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Edema	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

En caso de cualquier antecedente o hallazgo cardiovascular, practicar el examen cardiovascular al margen 5A.

En presencia de soplo cardiaco describa

	Foco	Foco		Foco	Foco
Constante	()	()	Después del ejercicio:	()	()
Inconstante	()	()	Se incrementa	()	()
Transmitido	()	()	Desaparece	()	()
Localizado	()	()	No cambia	()	()
Sistólico	()	()	Disminuye	()	()
Presistólico	()	()	Señalar:		
Diastólico	()	()	Latido apical	<input type="radio"/>	
Suave (gr 1-2)	()	()	Región del soplo	<input type="checkbox"/>	
Moderado (gr 3-4)	()	()	Punto de mayor intensidad	<input checked="" type="checkbox"/>	
Fuerte (gr 5-6)	()	()	Transmisión	<input type="checkbox"/>	
Su impresión diagnóstica: _____					

Odontograma

	Ausencia: _____ Prótesis: _____ Amalgama: _____
--	---

Nombre y teléfono del odontólogo

Ante cualquier respuesta afirmativa, dar información detallada.

1. ¿Alguna anomalía en su aspecto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2. ¿Existe Disnea? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 3. ¿Existe alguna deformidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 4. ¿Falta algún miembro o parte de él? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 5. ¿Hay Parálisis o Paresias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 6. ¿Hay movimientos anormales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 7. ¿La mancha es normal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 8. ¿Se aprecia algún trastorno Psíquico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 9. ¿Existe cualquier anomalía? a) ¿En el estado anatómico de los Ojos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> b) ¿En la visión de cada Ojo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> c) ¿En la audición de cada Oído? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> d) ¿En la Cavidad Bucal y la Faringe? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> e) ¿En el cuello (Ganglios, Tiroides, Turgencia, Yugular, Arterias)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	f) ¿En el Tórax (Inspección, Auscultación)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> g) ¿En la Columna Vertebral (Deformidad, Dolor, Limitación funcional)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> h) ¿En el Abdomen (Inspección, Palpación, Dolor, Visceromegalias, Ascitis, Aorta)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> i) ¿En las Extremidades (Várices, Úlceras, Edema, Articulaciones, Arterias, Reflejos)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 10. ¿Existe algún dato en el aliento, dientes, dedos del Solicitante que señale que fume? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 11. ¿Conoce en el examinado algún factor en sus hábitos, antecedentes, etc., que pueda influir negativamente en el riesgo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 12. Considera el estado de salud del Solicitante como: Normal <input type="checkbox"/> Dudoso <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> 13. ¿Recogió personalmente la muestra de Orina? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	---

Datos Adicionales

Médico que acostumbra consultar

Nombre

Domicilio

Teléfono (con lada)

De interés para el solicitante (debe leerlo antes de firmarlo)

Se previene al solicitante que conforme a la Ley del Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

También autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los Hospitales o Clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, así como a las compañías aseguradoras que me hayan realizado algún examen o estudios de laboratorio, para que proporcione a la Compañía todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores en virtud de que he solicitado seguro a dicha Compañía.

Para efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud del seguro, en el caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

Fechado en (Ciudad y Estado)

día

mes

año

hora

Firma del solicitante
(Debe ser hecha a la vista del médico examinador)

El solicitante se identificó con la credencial (con fotografía)

Expedida por

Número

Vigencia

Clave y nombre del Agente

Certifico haber examinado al solicitante cuya firma aparece al calce de sus declaraciones

Fechado en (Ciudad y Estado)

día

mes

año

hora

Practicado en

 Mi consultorio Su domicilio Otro lugar (especificar) _____

Nombre completo del médico examinador

Teléfono

Domicilio

Cédula Profesional

Antes de firmar se recuerda, según lo establecido en el Art. 142 LGISMS, se impondrá pena de prisión y multa al agente o al médico que oculte a la aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro.

Firma del Médico