

# Cuestionario de Salud

## Datos del solicitante

Las preguntas contenidas en el siguiente cuestionario, deben ser contestadas en su totalidad por el proponente (Vida Grupo y Colectivo), y por cada dependiente económico que se desee incluir (Gastos Médicos Mayores).

Nombre

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo

Estado civil

Día | Mes | Año

Domicilio

Calle y número

Colonia

Delegación o municipio

C.P.

Ramo y no. de Póliza

Ocupación (Detalle sus actividades habituales)

¿Tiene previsto viajar o vivir en algún lugar fuera de México?

Si  No

¿A dónde y por cuánto tiempo?

¿Tiene algún seguro vigente o en trámite?

Si  No

¿Cuál?

¿Ha sido rechazado o agravado en algún seguro de vida, accidente, invalidez o enfermedad?

Si  No

¿Cuál?

## Antecedentes

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

(En caso afirmativo favor de ampliar la respuesta con fecha, diagnóstico, tratamiento y estado actual).

Enfermedades del corazón o sistema circulatorio

(infarto, angina, presión alta, insuficiencia cardiaca, soplos, várices, etc.)

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades del aparato digestivo

(esófago, estómago, hígado, intestino, páncreas, vesícula biliar).

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Trastornos de la función digestiva

(reflujo, hernia hiatal, úlcera, colitis, hepatitis).

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades del aparato respiratorio

(asma, bronquitis, enfisema, embolia pulmonar, tos crónica, etc.)

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Diabetes mellitus, enfermedades de la tiroides, aumento de colesterol o triglicéridos.

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Cáncer o tumores malignos.

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades de oídos, ojos, nariz, boca o garganta.

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades mentales  
(depresión, ansiedad, pánico, insomnio etc).

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades inmunológicas o infecciosas incluyendo  
VIH o SIDA, enfermedades de transmisión sexual.

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades de huesos y articulaciones  
(reumatismo, fracturas, hernia de disco, problemas musculares, etc.)

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades de la piel.

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, parkinson,  
esclerosis múltiple, padecimientos cerebro-vasculares, dolores de  
cabeza, desmayos, etc.)

Si  No

Día | Mes | Año

Diagnóstico

Tratamiento

Alguna otra enfermedad o afección no mencionada.

Si  No

Día | Mes | Año

Estado Actual

Diagnóstico

Tratamiento

¿Ha estado o está actualmente  
bajo algún tratamiento médico?

Si  No

¿Cuál?

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente  
o tiene programada alguna operación  
o tratamiento médico?

Si  No

¿Cuál?

¿Ha sufrido algún accidente? Si  No  ¿Cuál?

¿Cuándo visitó a su médico?  
Fecha y motivo. Si  No  ¿Cuál?

### Cuestionario adicional para mujeres

Enfermedades del sistema ginecológico (útero, trompas de falopio, glándula mamaria)

Ultima mamografía, fecha y resultado

Ultimo papanicolau, fecha y resultado

¿Está embarazada actualmente? ¿Qué mes cursa su embarazo?

Si  No

### Antecedentes familiares

Causa y edad de fallecimiento de padres y hermanos

¿Han padecido sus padres o hermanos enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, cáncer, esclerosis multiple, derrames cerebrales, pólipos de colon u otras enfermedades hereditarias?

Estatura	Peso	Fuma	Cantidad	¿Desde cuándo?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Consume alcohol?	Cantidad	Tipo	Frecuencia
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Alguna vez ha usado marihuana, barbitúricos, anfetaminas o cualquier otro tipo de drogas psico-activas?  
(En caso afirmativo señalar fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión).

Si  No

¿Toma algún tipo de medicamento actualmente?

Si  No

¿Cuál?

Ampliar respuestas afirmativas

Si practica algún deporte como sky, motociclismo, alpinismo, etc., favor de llenar el cuestionario correspondiente.

Si realiza vuelos en aviones que no pertenezcan a líneas comerciales favor de llenar el cuestionario de aviación.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Firma del asegurado

Lugar y fecha