

Nombre de la Empresa: _____

R.U.C.: _____ **N° de contrato:** _____

Nombre de Usuario: _____ **Cédula:** _____

1. ¿Acudió usted a una consulta médica en los últimos 6 meses? En caso de respuesta afirmativa favor detallar motivo, exámenes realizados y tratamientos recibidos.

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DETALLE:

2. Tiene conocimiento si usted o alguno de los Beneficiarios de su Contrato ha presentado síntomas y/o signos de enfermedad entre las siguientes detalladas:

a. Convulsiones, ataques y/o desmayos.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

b. Parálisis o amortiguamientos y debilidad muscular (facial, de piernas, brazos etc.).

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

c. Quistes, masas (bolita) o tumores en cualquier parte del cuerpo.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

d. Sangrados, hemorragias digestivas, uterinas, nasales y/o sangre en la orina o heces.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

e. Dolor de espalda, cuello, caderas y/o rodillas.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

f. Problemas digestivos, acidez, uómitos, gases y/o reflujo.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

g. Edema o hinchazón en párpados, piernas, y/o en otros sitios.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

h. Ictericia, color amarillento en piel y en los ojos.

| | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| SI | NO | ESPECIFIQUE QUIÉN |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

3. ¿Ha presentado gastos u obtenido cobertura por parte de alguna entidad financiadora de servicios de salud diferente a SALUDSA para alguna enfermedad?. En caso afirmativo detalle el diagnóstico.

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DETALLE:

AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A INFORMACIÓN MÉDICA

AUTORIZO expresamente para que SALUDSA tenga acceso a toda la información médica, que incluye pero no limita a: historia clínica, diagnósticos, resultados de exámenes y de imagen, etc. Para tal efecto podrá consultar y solicitar la información a médicos, clínicas, hospitales, centros médicos, laboratorios y otras empresas de medicina prepagada y seguros de atención médica.

FIRMA AFILIADO / BENEFICIARIO