

Cuestionario hipertensión arterial (vida)

Este documento deberá ser llenado con letra de molde y tinta negra por el médico tratante o por el solicitante en caso de no contar con uno.

Datos generales del solicitante

Apellido paterno _____

Apellido materno _____

Nombre(s) _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Fecha de diagnóstico: _____

2. Fecha de la última consulta: _____

3. Tipo de hipertensión:

a. Esencial ☐

b. Secundaria ☐

c. Maligna ☐

4. Si es secundaria, favor de especificar: _____

5. ¿Qué tratamiento has recibido en los últimos 2 años? _____

6. Cifras de presión arterial al:

| Diagnóstico | | |
|-------------|---------|----------|
| Fecha | Sístole | Diástole |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Durante el tratamiento | | |
|------------------------|---------|----------|
| Fecha | Sístole | Diástole |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Actuales | | |
|----------|---------|----------|
| Fecha | Sístole | Diástole |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

7. ¿Se te han presentado complicaciones? Sí ☐ No ☐

8. En caso afirmativo, detalla: _____

Proporciona fechas y resultados de los estudios practicados, principalmente radiografías de tórax y electrocardiogramas.

El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Nombre y firma del médico tratante / solicitante _____

Lugar y fecha de firma _____

Cédula: _____

Teléfono: _____

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de noviembre de 2015, con el número CGEN-S0034-0222-2015.