

Información asegurado principal

Nombre y Apellidos completos

Número de póliza

Información de la solicitante

Nombre y Apellidos completos

Fecha de nacimiento

Peso (Kg / Wt)

Altura (M / Ht)

Nombre del ginecólogo

Teléfono

Historial gineco-obstétrico de la solicitante

Número de embarazos

Número de partos naturales

Número de partos prematuros

Número de cesáreas

Número de abortos espontáneos

Número de abortos

En caso de cesárea, pérdida o terminación terapéutica del embarazo, por favor proporcione la siguiente información:

Fecha

Nombre del médico tratante

Teléfono

Nombre del hospital

Razón

Fecha

Nombre del médico tratante

Teléfono

Nombre del hospital

Razón

Por favor conteste las siguientes preguntas y explique cualquier respuesta afirmativa:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Ha tenido usted u otra persona en su familia un hijo con defectos o enfermedades congénitas o hereditarias, embarazos múltiples o alguna complicación del embarazo o del parto? | SÍ | NO |
| 2. ¿Ha tenido algún embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, placenta previa o incompatibilidad sanguínea? | SÍ | NO |
| 3. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún desorden ginecológico, infertilidad, papanicolau anormal, endometriosis, fibromas o desórdenes de la menstruación? | SÍ | NO |
| 4. ¿Ha tenido alguna vez cirugía del útero o los órganos reproductores (ovarios, trompas de falopio, vagina, vulva, senos), dilatación y legrado, conización cervical o cualquier otra cirugía pélvica? | SÍ | NO |
| 5. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por desórdenes cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia o desórdenes hormonales o renales? | SÍ | NO |

Historial gineco-obstétrico de la solicitante

6. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún otro desorden ginecológico u obstétrico no mencionado anteriormente?

SÍ NO

7. ¿Fuma cigarrillos o consume algún otro producto que contenga nicotina? Si responde "Sí", indique:

SÍ NO

Tipo

Cantidad por día

Condición, cirugía o tratamiento

Desde

Número

Hasta

Condición, cirugía o tratamiento

Desde

Número

Hasta

Condición, cirugía o tratamiento

Desde

Número

Hasta

Condición, cirugía o tratamiento

Desde

Número

Hasta

Condición, cirugía o tratamiento

Desde

Número

Hasta

Condición, cirugía o tratamiento

Desde

Número

Hasta

Firma de la solicitante

Fecha

Firma