

DECLARACIÓN DE SALUD

Nombres y apellidos completos			
Tipo de documento	CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál?	Número	Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	Lugar de nacimiento	Estatura (mts.) Peso (kg.)
<p>Lo registrado en la declaración de salud cumple el objetivo de permitir evaluar el riesgo de salud de los beneficiarios, razón por la que la información debe ser completa, correcta y verídica. La fidelidad de los beneficiarios, razón por la que la información debe ser completa, correcta y verídica. La fidelidad de lo registrado en este formulario es de exclusiva responsabilidad del interesado, por lo tanto, esta declaración debe ser diligenciada en su totalidad por él mismo; si se trata de menor de edad debe ser diligenciada por la madre, el padre o tutor legal.</p> <p>Debe responder en forma precisa las preguntas de este listado, consignando todas aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que le hayan sido diagnosticadas a usted, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluidos antecedentes médicos que usted conozca.</p> <p>En caso de contestar Sí a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 25, explicar en el espacio inferior según la condición médica hace cuánto fue y cuál fue el diagnóstico, fecha de primera y última consulta, tipo de tratamiento médico o quirúrgico recibido y si a la fecha recibe tratamiento o hasta hace cuándo lo recibió.</p>			
1. ¿Ha tenido variación de mas de 5 Kg. de peso en este último año?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Indique la causa probable:	
2. Fecha de su último control o examen médico		<input type="text" value="DÍA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	Especialidad
Motivo de consulta			
Si fue por control general o preventivo, informe el resultado de este:			
Si fue por enfermedad, informe el diagnóstico médico:			
3. ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos dos años?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Baja <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> No conoce el resultado <input type="radio"/>	
¿Toma algún medicamento para la presión arterial?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuál?	
<p>Si usted ha tenido otra enfermedad no indicada en las siguientes preguntas, debe ser declarada igualmente en el espacio de “Otras enfermedades, hospitalizaciones, cirugías o procedimientos”</p>			
4. ENFERMEDADES MENTALES O PSIQUIÁTRICAS O DEL COMPORTAMIENTO: Por ejemplo, trastornos del ánimo, ansiedad-depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, bulimia, anorexia, dependencia de alcohol-drogas, trastorno afectivo bipolar, trastornos de la memoria, autismo, síndrome de Asperger, u otras.		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:			
5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO: Por ejemplo derrame o trombosis cerebral, accidentes cerebrovasculares, aneurismas cerebrales, hidrocefalias, fistulas del líquido céfalo raquídeo, tumores o quistes cerebrales, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, parálisis, convulsiones o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:			
6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO: Por ejemplo, asma, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía, tuberculosis, alergias respiratorias, rinitis, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones), antecedente de infección por COVID-19 que haya requerido hospitalización, desviación del tabique nasal, adenoides o amígdalas hipertróficas, hipertrofia de cornetes, tumores de la vía respiratoria, o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio ¿utiliza oxígeno, BPAP o CPAP?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:			
7. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y SISTEMA CIRCULATORIO: Por ejemplo, hipertensión arterial, infarto del corazón, preinfarto, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática del corazón, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:			
8. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO: Por ejemplo, gastritis diagnosticada con endoscopia, úlcera del estómago o del intestino, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos de la vesícula biliar, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar o páncreas.		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:			
9. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS Y DE LAS MAMAS: Por ejemplo, quistes en mamas u ovarios, miomas, endometriosis, endometritis, cáncer o tumores de mama, de ovarios o de útero, o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la vagina, de la mama y ovarios (indique si es lado derecho y/o izquierdo).		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:			

10. ENFERMEADES RENALES O DEL SISTEMA GENITOURINARIO: Por ejemplo, infección urinaria a repetición, cálculos de vías urinarias, hiperplasia o cáncer de la próstata, enfermedad renal crónica, varicoceles, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
11. ENFERMEADES REUMATOLÓGICAS O AUTOINMUNES: Por ejemplo, artritis reumatoidea, lupus, síndrome de Sjögren, Enfermedad de Graves, dermatomiositis, esclerodermia, artritis psoriásica, gota, enfermedades inmunitarias o autoinmunes.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
12. ENFERMEADES DEL SISTEMA OSTEOMOSULAR: Por ejemplo, hernias discales, lumbago, displasia de cadera, luxación de cadera, mal alineamiento de la rotula, lumbociática, artrosis, reumatismo, fracturas, síndrome del túnel carpiano, u otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones (indique si es lado derecho o izquierdo).		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
13. ENFERMEADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS: Por ejemplo: hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio, obesidad, diabetes, alteraciones metabólicas, resistencia a la insulina, enfermedad de Addison, anemias o tumor de la hipófisis o tiroides o cualquier otra enfermedad de las glándulas, enfermedades nutricionales o metabólicas.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
14. MALFORMACIONES, ENFERMEADES CONGÉNITAS O DEL DESARROLLO: Por ejemplo, labio leporino, pie equino, displasia de cadera, luxación congénita de la cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, afecciones relacionadas con el parto prematuro y/o secuelas, o cualquier otra alteración o patología congénita.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
15. TUMORES Y/O ENFERMEADES ONCOLÓGICAS: Por ejemplo, masas, cáncer, leucemia, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
16. ENFERMEADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO: Por ejemplo, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, acné severo, melanoma, manchas de nacimiento, rosácea, vitíligo, lipomas u otras enfermedades dermatológicas.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
17. ENFERMEADES DEL OIDO, NARIZ Y GARGANTA: Por ejemplo, otitis a repetición, amigdalitis a repetición, sordera, adenoides grandes, amígdalas grandes, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, cirugía de oídos, nariz o garganta o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
18. ENFERMEADES OCULARES: Por ejemplo estrabismo, pterigios, cataratas, glaucoma, retinopatías, desprendimiento de retina o cualquier otra enfermedad o cirugía de los ojos (indique si es lado derecho o izquierdo).		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
19. ENFERMEADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS: Por ejemplo, sífilis, gonorrea, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, leptospirosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio:					
20. HISTORIA GINECOLÓGICA: ¿Se encuentra en estado de embarazo actualmente?		Sí <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>	
Fecha de última regla		<div><div>DÍA</div><div>MES</div><div>AÑO</div></div>			
¿Cuál fue el resultado de la última citología?					
¿Cuántos embarazos ha tenido?		¿Ha tenido abortos? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Cuántos?			
Fecha de último embarazo		<div><div>DÍA</div><div>MES</div><div>AÑO</div></div>		Parto <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> ¿Enfermedades del embarazo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

Amplíe la información en este espacio:

21. TRAUMATISMOS, ACCIDENTES Y QUEMADURAS:

Indique cualquier accidente, con o sin secuelas con o sin procedimiento quirúrgico u hospitalario, (indique si es lado derecho o izquierdo).

Sí☐No☐

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

22. EN CASO DE MENORES DE 5 (CINCO) AÑOS:

Indique, ¿El nacimiento fue normal o por cesárea?

¿A tiempo?☐¿Antes de tiempo?☐

¿Presentó alguna complicación?

Sí☐No☐

¿Requirió hospitalización el recién nacido?

Sí☐No☐

Ampliar la información en este espacio:

23. ¿HOSPITALIZACIONES ANTERIORES?:

Indique cualquier accidente, con o sin procedimiento quirúrgico u hospitalario, (indique si es lado derecho o izquierdo).

Sí☐No☐

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

24. ¿PRÓTESIS?:

Señale si usted utiliza o ha utilizado algún tipo de prótesis o férula o implantes, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas u otros.

Sí☐No☐

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

25. ¿OTRAS ENFERMEDADES, CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS?:

Consigne aquí si usted padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica, enfermedad crónica y/o procedimientos quirúrgicos incluidos los realizados con fines estéticos, que no estén identificados anteriormente.

Sí☐No☐

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y SENSIBLES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales recolectan y recolectarán en observancia y cumplimiento de las normas especiales de la actividad aseguradora, de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO de manera LIBRE, PREVIA, EXPRESA e INFORMADA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender directa o a través de terceros las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente o a nombre de terceros, servicios comerciales, mercadeo, publicidad o de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros.vi) realizar el tratamiento de mis datos sensibles relacionados con mi estado de salud pasado, presente y futuro, para actividades propias de la póliza o seguro. Entiendo que como Titular de la información me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar, oponerme o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13 hoy compilado por el Decreto único reglamentario 1074 de 2015, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPAÑÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado. SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES Y DE MENORES DE EDAD: Manifiesto que son facultativas las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles y en las que se recolecten datos de niños, niñas y adolescentes de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 hoy compilado por el Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015 del Ministerio de Comercio Industria y turismo. Finalmente, entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web https://www.axacolpatria.co donde también podré consultar la Política de Protección de Datos de LAS COMPAÑÍAS.

Revisada la declaración de salud en forma completa, no tengo nada más que declarar; autorizo a AXA COLPATRIA para solicitar a cualquier persona jurídica o natural, tales como, clínicas, hospitales, profesionales médicos, compañías de seguros, centros médicos, centros de imágenes diagnósticas, servicios de laboratorio clínico simple o especializado, etc.; información médica, respecto de a mí mismo o de quienes sea el representante legal, con el exclusivo objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción y prestación de servicios si es aceptado. El interesado declara que ha respondido en forma exacta y veraz cada una de las preguntas que constan en este documento. En consecuencia, la falsedad, omisión, error o reticencia en esta tendrá los efectos señalados en la cláusula de terminación unilateral del contrato.

NOMBRE DEL DECLARANTE

(En caso de menor de edad registre nombre de madre, padre o tutor legal que declara)

FIRMA DEL DECLARANTE

(En caso de menor de edad registre firma de madre, padre o tutor legal que declara)

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

El tiempo de validez de este documento para la afiliación es de 30 días calendario.

VIGILADO Supersalud

AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A.

AXA COLPATRIA Medicina Prepagada S.A.

www.axacolpatria.co

f

@

X

in

▶

AXA COLPATRIA

6245