



Número de Póliza: _____

1./ Datos del Asegurado

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		Número de ID	Tipo de ID	País de Nacimiento

2./ Datos del Médico que diagnóstico primero la Diabetes:

Nombre y Apellido				Fecha del primer diagnóstico Día / Mes / Año	
Dirección del Médico					
Ciudad Estado / Provincia País Código Postal				Teléfono	

3./ Datos del Médico que está tratando actualmente la Diabetes:

Nombre y Apellido				Fecha del último tratamiento Día / Mes / Año	
Dirección del Médico					
Ciudad Estado / Provincia País Código Postal				Teléfono	

4./ Preguntas de Salud:

a.- ¿Está usted siguiendo una dieta especial?	b.- Indique consumo diario de calorías	c.- ¿Está tomando usted insulina o alguna otra medicina?
---	--	--

INSULINA	UNIDADES	HORA	MEDICINA ORAL	DOSIS
Mañana				
Mediodía				
Noche				

d.- ¿Ha sufrido algún coma diabético?	¿Cuántas veces?	Fechas
---------------------------------------	-----------------	--------

e.- ¿Se ha hecho usted regularmente la prueba de azúcar en la orina?	Fecha de la prueba más reciente
--	---------------------------------

f.- ¿Tuvo usted azúcar en la orina en su última prueba?	Si la respuesta es negativa, ¿Cuáles fueron los resultados de la prueba?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

g.- ¿Tiene usted usualmente la orina libre de azúcar?	¿Cuánto pesa usted?	¿Cuánto pesaba usted hace 1 año?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____ Libras <input type="checkbox"/> Kgms. <input type="checkbox"/>	____ Libras <input type="checkbox"/> Kgms. <input type="checkbox"/>

h.- Ha tenido usted alguna vez:	Sí No	Indique cuál:
¿Infecciones tales como furúnculos, amigdalitis o dientes infectados?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
¿Dificultad en la visión o enfermedades de la vista?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
¿Dolor en el pecho, problemas del corazón?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
¿Alta tensión arterial?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
¿Problemas en los riñones o enfermedades urinarias?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
¿Enfermedades repetitivas o prolongadas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Declaración y Firma del Asegurado

Yo, como Solicitante, declaro que las respuestas anteriores corresponden a la verdad y que formarán parte integral de mi solicitud de seguro y una vez emitida la póliza o plan, formarán parte integral del contrato. Reconozco que la compañía confiará en esta información para emitir una póliza o plan. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre del Asegurado	Firma del Asegurado	Fecha
----------------------	---------------------	-------



Número de Póliza: _____

1./ Datos del Solicitante:

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento DD / MM / AA	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		Número de ID	Tipo de ID	País de Nacimiento

2./ Datos del Médico que está tratando actualmente la Diabetes:

Nombre y Apellido				Fecha del primer diagnóstico Día / Mes / Año	
Dirección del Médico					
Ciudad	Estado / Provincia	País	Código Postal	Teléfono	

3./ Preguntas sobre el Paciente:

a.- ¿Encuentra usted al paciente diabético?			Suave Moderado Severo		Fecha del diagnóstico Día / Mes / Año	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (provea detalles)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
b.- ¿Ha cambiado notablemente el peso del paciente en los últimos 5 años?			Peso hace 1 año		Peso hace 2 años	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (provea detalles)			<input type="text"/> Kgms. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Libras <input type="checkbox"/>		<input type="text"/> Kgms. <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Libras <input type="checkbox"/>	
c.- ¿Está el paciente siguiendo una dieta?			Indique consumo diario de calorías			
d.- ¿Qué tratamiento recibe el paciente actualmente?			¿Está el paciente tomando insulina o alguna otra medicina?			
INSULINA		UNIDADES	HORA	MEDICINA ORAL		DOSIS
Mañana						
Mediodía						
Noche						
e.- ¿Se realiza el paciente pruebas de orina regularmente?			¿Cuál fue el resultado más reciente?			
f.- ¿Le ha practicado al paciente pruebas de azúcar en la sangre?			Fecha		Ayuno	Después de la comida
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (provea detalles)			Día / Mes / Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.- Indicar fecha y resultado de la prueba HbA1c:			Día / Mes / Año		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Fecha <input type="text"/> Resultado de la Prueba					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.- Se le ha practicado al paciente alguna vez:			Sí No		Detalles	
¿Electrocardiogramas?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿Radiografía de Tórax?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
i.- Ha padecido el paciente alguna vez de:						
Retinopatía		Neuropatía	Nefropatía	Proteinuria	Enfermedades Isquémicas	Otras
Fechas						
Detalles						

Yo como Médico Tratante del Solicitante, declaro que las respuestas anteriores corresponden a la verdad y que forman parte de la historia médica del mismo y doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre y Apellido del Médico Tratante

Firma y Sello del Médico Tratante

Fecha