

Declaración Estado de Salud

Se debe diligenciar en su totalidad por el Solicitante.

Columna 1: Encerrar en un círculo la respuesta correspondiente.

Columna 2: Marque con una S donde la afección sea afirmativa y N donde no la padezca en la columna del Usuario correspondiente.

Columna 3: Ampliar los datos sobre el/los padecimientos marcados en los círculos y el Usuario que la padece.

Ha tenido o tiene alguno de los siguientes Síntomas o Enfermedades?		Columna 2 - Número de Usuario																			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
Convulsiones, ataques, pérdidas de conocimiento, desmayos, trombosis cerebral, hemorragia, epilepsia o cualquier afección neurológica?. Especificar.																					
Fracturas, artritis, reumatismo, trastornos articulares, enfermedades de la columna, de piel o alergias?. Especificar.																					
Enfermedades de los ojos; pterigios, estrabismo, defectos de refracción visual, cataratas, enfermedades del oído, vertigo, enfermedades de la garganta?. Especificar.																					
Diabetes, trastornos de la glándula tiroides, azúcar en la sangre o en la orina?. Especificar.																					
Úlcera gástrica o duodenal, gastritis, agrieras, colitis, hemorroides, cólicos biliares, enfermedades del hígado?. Especificar.																					
Asma, tuberculosis, dificultad para respirar, enfermedades del pulmón?. Especificar.																					
Tensión arterial alta, enfermedades del corazón, angina de pecho, enfermedades de arterias o venas?. Especificar.																					
Anemia, linfomas, ganglios inflamados, enfermedades renales, de la próstata, de la vejiga o venéreas?. Especificar.																					
Malformaciones, deformaciones, imperfecciones o anomalías congénitas o adquiridas?. Especificar.																					
Várices, hinchazón o úlceras en las piernas?. Especificar.																					
Enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos?. Especificar.																					
Accidentes, traumatismos, infecciones o riesgos de padecer enfermedades transmisibles?. Especificar.																					
Quistes, tumores, enfermedades?. Especificar.																					
Embarazos normales, quirúrgicos o abortos, trastornos de los senos, matriz u ovarios?. Especificar.																					
Está actualmente embarazada?. De cuantos meses?.																					
Ha estado alguna vez hospitalizado(a) o le han practicado cirugías o transfusiones?. Especificar?.																					
Ha consultado algún médico en el último año y porqué?. Especificar?.																					
Le han practicado algún examen de laboratorio clínico, radiológico o algún otro examen de diagnóstico en los últimos seis (6) meses y porqué?																					
Piensa someterse o tiene pendiente algún tratamiento médico o quirúrgico?. Especificar.																					
Le han diagnosticado en alguna época de su vida tumores benignos o cáncer?. Especificar.																					
Practica deporte de alto riesgo?. Especificar.																					
Padece o ha padecido alguna enfermedad que no aparezca registrada en el presente cuestionario?. Especificar.																					
Para menores de seis (6) años ¿Lo han vacunado contra B.C.G., Polio, Rubéola, Sarampión, Difteria, Fiebre Amarilla, Tétanos, otras?. Especificar.																					
Para menores de seis (6) años ¿Al nacer su hijo(s) requirió de oxígeno e incubadora? Porqué?.																					
¿Cual es su talla? (Mts)																					
¿Cual es su peso? (Kgr)																					
Columna 3 - Explicación de respuestas afirmativas:																					
Cesión derecho de maternidad (Usuaría a la que se le cede el derecho)																					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre(s)				Número de identificación													
Firma del Contratante: _____																					
Espacio Reservado para Auditoría Médica de Coomeva Medicina Prepagada																					
Concepto de Auditoría Médica		Número de Usuario																			
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
Índice de Masa Corporal (MC)																					
Marque con una S donde el Solicitante sea aceptado y con una N donde no lo sea																					
Marque con una S donde el Solicitante requiera examen médico de ingreso o con una N donde no lo requiera																					
Marque con una S donde se conserve antigüedad y con una N donde no se conserve																					
Declaración de Preexistencias y limitaciones con código																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Usuario</th> <th>Familia</th> <th>Contrato</th> <th>Programa</th> <th>Tipo Plan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>												Usuario	Familia	Contrato	Programa	Tipo Plan					
Usuario	Familia	Contrato	Programa	Tipo Plan																	
Clasificación del riesgo (Médico de Ingreso)						Clasificación del riesgo (Auditor Médico de Ingreso)															
Número de Usuario						Número de Usuario															
0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5										
6	7	8	9			6	7	8	9												
Grupo						Grupo															
Puntaje						Puntaje															
Observaciones:						Observaciones:															
Firma Asociado Contratante:						Firma Asociado Contratante:															
Fecha						Fecha															
Año	Mes	Día	Año	Mes	Día	Firma Auditor Médico de Ingreso															