



CUESTIONARIO DE ASMA

Nombre del Propuesto Asegurado: _____

Número de Expediente _____

1. Frecuencia de ataques de asma _____

2. Fecha del último ataque de asma _____

3. ¿Cuál es la duración aproximada de los ataques de asma? _____

4. ¿Qué tipo de medicina toma para el asma? _____

5. ¿Cuándo fué la última vez que consultó a un médico? _____

6. Indique el nombre y la dirección del último médico que consultó. _____

7. alguna vez ha sido hospitalizado como resultado de un ataque de asma? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha, el número de días que estuvo internado y el nombre del médico tratante _____

Agente / Testigo

Firma del Propuesto Asegurado

Fecha

Ciudad y País