

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

RESPUESTAS AL EXAMINADOR MEDICO

Como Continuación y Parte de mi Solicitud de Seguro de Vida

PARTE 2

1. Asegurado propuesto	Fecha de nacimiento: Día Mes Año			
2. (a) Nombre y dirección del último médico consultado _____ (b) Fecha y razón de la última consulta _____ (c) Tratamiento y/o medicinas recetadas _____ (d) Nombre y dirección de su médico personal (si no tiene, escriba NO) _____				
3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas o enfermedades o ha recibido tratamiento a causa de ellos? (a) ¿Asma, pulmonía, bronquitis, enfisema, tuberculosis, o alguna enfermedad o desorden de los pulmones o sistema respiratorio? (b) ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, parálisis, o trastorno mental o nervioso? (c) ¿Albúmina o sangre en la orina, enfermedades venéreas u otros trastornos renales, uréter, vejiga, uretra o próstata? (d) ¿Reumatismo, artritis, o desorden de los músculos, huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda? (e) ¿Deterioro de la vista u oídos, alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos, nariz o garganta? (f) ¿Dolor en el pecho, ataque cardíaco, hipertensión arterial, palpitaciones, soplo cardíaco, flebitis, coágulos, u otra enfermedad del corazón o del sistema circulatorio? (g) ¿Úlcera, colitis, hernia, hepatitis u otro desorden del estómago, hígado, intestinos o vesícula biliar? (h) ¿Cáncer u otros tumores? (i) ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino? (j) ¿Anemia u otro desorden sanguíneo?	SI	NO	Detalles de las respuestas afirmativas. Identifique el número de la pregunta y trace un círculo alrededor de los casos pertinentes. Incluya los diagnósticos, fechas, duración, así como nombres y direcciones de los médicos e instituciones médicas que le prestaron servicios.	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. ¿Ha sido usted objeto de diagnóstico o ha sido tratado por un miembro de la profesión médica como afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Complejo Relacionado con el SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. ¿Ha usado usted: (a) ¿Heroína, cocaína, u otros narcóticos? (b) ¿LSD, marihuana, u otras drogas similares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. ¿Ha sido usted arrestado o ha recibido tratamiento por uso de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Durante los últimos cinco (5) años, ha usted consultado, o ha sido tratado o examinado: (a) Por un médico o profesional no mencionado anteriormente por cualquier otra razón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. ¿Durante los últimos doce (12) meses, ha usted fumado cigarrillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Antecedentes de Familia: Tuberculosis, diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca o renal, enfermedad mental o suicidio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Edad, si vivos	Razón del Fallecimiento?	Edad al Fallecimiento	
Padre				
Madre				
Hermanos(as) No. Vivos _____ No. Muertos _____			10. PARA MUJERES SOLAMENTE SI NO (a) ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, embarazo, en los órganos sexuales o en los senos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (b) ¿Está usted embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Todas las declaraciones y respuestas que aparecen arriba son correctas y exactas a mi leal saber y entender y convengo que las mismas serán consideradas como parte de mi solicitud para inducir a Best Meridian International Insurance Company, SPC a emitir la póliza o contrato de seguro solicitado.

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros, la Oficina de Información Médica, Inc. que posea información sobre mi persona, para que suministre a Best Meridian International Insurance Company, SPC o a su(s) reasegurador(es) toda la información que le sea solicitada. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Firmada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

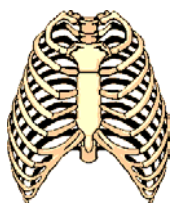
Testigo _____

Firma del Examinador Médico

Firma del Asegurado Propuesto

REPORTE CONFIDENCIAL DEL EXAMINADOR MEDICO

Parte 3

		Para Hombres Solamente:			Detalles de las Respuestas Afirmativas
11. Estatura (calzado) ____ mts. ____ cms.	Peso (vestido) ____ kgs.	Pecho (inspiración) ____ cms.	Pecho (expiración) ____ cms.	Abdomen, en el ombligo ____ cms.	
12. ¿Tiene apariencia enfermiza o mayor que su edad?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
13. Pulso:		En reposo	Después de ejercicios	3 minutos más tarde	
Pulsaciones					
Irregularidades por min.					
14. Presión Arterial:					
Sistólica 1 _____ 2 _____ 3. _____					
Diastólica (cesación del sonido) _____ (si mayor de 140 o 90, reporte varias lecturas)					
15. ¿Ha recibido el asegurado propuesto algún tratamiento con drogas por hipertensión?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
16. ¿Hay evidencia de arteriosclerosis?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
17. Corazón: ¿hay					
Hipertrofia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Díscnea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Soplo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
(Describa a continuación – si hay más de uno, describa por separado)					
Situación	Soplo 1	Soplo 2			
Constante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Variable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Transferido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Localizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presistólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diastólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Suave (Gr. 1-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mod (Gr. 3-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Alta (Gr. 5-6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Después del ejercicio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aumentó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sin cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Disminuyó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sus comentarios e impresiones:		
18. ¿Su examen indica alguna anomalía pasada o presente en lo siguiente? (Trace un círculo alrededor de los casos pertinentes y de detalles)					
(a) Ojos, oídos, nariz, boca, faringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí	No	
(si la visión o el oído están deteriorados, indique en que grado y corrección)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(b) Piel (incluya cicatrices); ganglios linfáticos; venas varicosas o arterias periféricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(c) Sistema nervioso (incluya reflejos y parálisis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(d) Sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(e) Abdomen (incluya cicatrices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(f) Sistema genito-urinario (incluya la próstata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(g) Sistema endocrino (incluya tiroides y senos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(h) Sistema muscular y óseo (incluya espina dorsal, coyunturas, amputaciones, deformaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. ¿Hay hernias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20. ¿Sabe usted de alguna historia médica adicional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(Puede enviarse un reporte confidencial al Director Médico)					

21. Urinálisis - Resultados del análisis de orina realizado por el médico examinador – ¿Presencia de azúcar? _____ ¿Presencia de proteína? _____ ¿Densidad? _____
¿Se envía una muestra para el examen? ☐ Sí ☐ No
Debe enviarse una muestra a la Casa Matriz (o laboratorio local) si:
(a) El médico encuentra anomalías en la orina o si hay historia de anomalías.
(b) El asegurado propuesto tiene o ha tenido alguna vez la presión alta.

Certifico haber examinado al asegurado propuesto a las _____ A.M. ☐ P.M. ☐ el día _____ de _____ de 20 _____

El examen fue hecho en ☐ mi consultorio ☐ residencia del Asegurado Propuesto ☐ Otro lugar _____

Nombre del examinador médico _____ Firma del Examinador Médico _____

Dirección del examinador médico _____

Número de teléfono del examinador médico _____ Número de ID o del seguro social _____

¿Es usted un examinador médico aprobado por la Compañía? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Agente _____ Dirección _____