

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

FORMULARIO DE DIABETES

Nombre del asegurado propuesto			Fecha de nacimiento		Monto de seguro contemplado	
Ocupación			Altura ____ mts. ____ cms.		Peso ____ kgs.	Peso hace dos años ____ kgs.
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS		SI	NO	DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS		
1. ¿Le han dicho alguna vez que usted ha tenido diabetes?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y dirección del doctor que hizo el diagnóstico	
2. ¿Es su orina normalmente azúcar libre?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. ¿Ha tenido una prueba de azúcar en la sangre alguna vez?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?	¿Cuál fue el resultado?
4. ¿Está usted recibiendo tratamiento o está usted bajo supervisión médica?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y dirección de su doctor	
5. ¿Se encuentra usted ahora a dieta?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteína ____ grms.	Grasa ____ grms.
6. ¿Está usted tomando ahora insulina?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carbohidratos ____ grms.	
7. ¿Está usted tomando drogas orales para el control de su diabetes?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad	
8. ¿Ha usted discontinuado sus medicamentos o dieta alguna vez?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de dosis	
9. ¿Lo han tratado alguna vez por coma diabética, acidosis o reacción de insulina?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explique	
10. ¿Ha tenido usted alguna vez			Explique			
(a) cualquier problema de la vista?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(b) problema del corazón?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(c) presión arterial alta?						
(d) repetición o prolongación de enfermedades?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. ¿Le han hecho un electrocardiograma?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha
12. ¿Le han tomado una radiografía del tórax?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha
					¿Fue normal?	¿Fue normal?

Todas las declaraciones y respuestas que aparecen arriba son correctas y exactas a mi leal saber y entender y las mismas serán consideradas como parte de mi solicitud de seguro de vida.

Firmada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma del testigo

Firma del asegurado propuesto

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

REPORTE DEL MEDICO ASISTENTE – “DIABETES MELLITUS”

NOMBRE DEL ASEGURADO PROPUESTO _____

Fecha de nacimiento		Edad aparente	Altura mts. cms.	Peso kgs.
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS		SI	NO	DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS
1. ¿Considera usted al paciente un diabético?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suave <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/>
			Severo <input type="checkbox"/>	Fecha del primer diagnóstico
2. ¿Ha cambiado en peso en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peso hace dos años	Peso hace cinco años
3. ¿Está el paciente a dieta actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteína gms.	Grasa gms.
				Carbohidratos gms.
4. ¿Está el paciente tomando o ha tomado insulina u otra droga hipoglicémica alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo	Dosificación presente Unidades
			Dosificación hace un año	Dosificación hace dos años
5. ¿Han tratado al paciente alguna vez por acidosis diabética o reacción a la insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas y detalles	
6. ¿Le han hecho un electrocardiograma? (si disponible, ¿podemos prestarlo? Lo devolveremos rápidamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Po quién?	Fecha
				¿Fue normal?
7. ¿Le han tomado radiografías del tórax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha
				¿Fue normal?
8. ¿Existe alguna evidencia actual o pasada de				
(a) enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(b) enfermedades renales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(c) cualquier enfermedad que se ha repetido o prolongado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(d) infecciones (diviesos, dientes, amígdalas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(e) tuberculosis pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. ¿Está la orina libre de azúcar y cetonas?				
10. ¿Existen cambios en el examen de fondo de ojo?				
11. ¿Existen pulsos palpables en las arterias fibial posterior y dorsalis pedís?				
12. ¿Existe alguna anormalidad neurológica o sensorial?				
13. Nivel de glicemia en ayuna reciente				
14. Examen de tolerancia glucosa o glicohemoglobina A ₁ C reciente				
15. Presión arterial más alta registrada				
16. ¿Lo visita el paciente a usted regularmente?	17. ¿Sigue el paciente sus instrucciones consistentemente?			18. Fecha de la última consulta
19. Observaciones:				

Fecha

Firma