

RESPUESTAS AL EXAMINADOR MEDICO Como Continuación y Parte de mi Solicitud de Seguro de Vida

PARTE 2

1. Asegurado propuesto	Fecha de nac				: Mes/D	ía/Año	Ocupación					
		co consultado										
(c) Tratamiento y/o medicinas recetadas(d) Nombre y dirección de su médico personal (si no tiene, escriba NO)												
(d) Nombre y direccio	n de su medico pe	ersonal (si no tiene, escriba N										
		síntomas o enfermedades	o ha recibio	do SI	NO		de las respuesta		mativas.			
tratamiento a causa d		4	£11	_			que el número de la preg					
	¿Asma, pulmonía, bronquitis, enfisema, tuberculosis, o alguna enfermedad o desorden de los pulmones o sistema respiratorio?						alrededor de los cas los diagnósticos, fechas,					
					ombres y direcciones de							
nervioso?	os, convaisiones,	convulsiones, jaquecas, parálisis, o trastorno mental o					instituciones médicas que le prestaron servici					
(c) ¿Albúmina o sa	ngre en la orina,		_									
renales, uréter, ve												
(d) ¿Reumatismo, a columna vertebra		la										
		na enfermedad o desorden de	los oios, oído		Ш							
nariz o garganta?			cj,	~ _								
		o, hipertensión arterial, palp										
	cardíaco, flebitis, coágulos, u otra enfermedad del corazón o del siste											
circulatorio?	1 1 1 1	. 1 1 11 4	. 12	. 🗆								
intestinos o vesíc		s u otro desorden del est	omago, mgao									
	(h) ¿Cáncer u otros tumores?											
	(i) ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?											
(j) ¿Anemia u otro do												
		o ha sido tratado por un										
profesión médica como afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o												
Complejo Relacionado con el SIDA? 5. ¿Ha usado usted:												
(a) ¿Heroína, cocaína	a, u otros narcótico											
(b) ¿LSD, marihuana, u otras drogas similares?												
6. ¿Ha sido usted arrestado o ha recibido tratamiento por uso de drogas o alcohol?												
	cinco (5) años,	ha usted consultado, o ha	sido tratado	0								
examinado: (a) Por un médico o profesional no mencionado anteriormente por cualquier otra												
razón?												
8. ¿Durante los últimos doce (12) meses, ha usted fumado cigarrillos?												
		is, diabetes, cáncer, hipert	ensión arteria	_	_							
entermedad cardiaca	Edad, si vivos	ad mental o suicidio? Razón del Fallecimio	anto?	Ed	ad al	1						
	Edad, SI VIVOS	Razon dei Fanecinn	ciito:		imiento							
Padre						1						
Madre												
Hermanos(as)							OLAMENTE	SI	NO			
No. Vivos				(a) ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, embarazo, en los órganos sexuales o en los senos?								
No. Muertos				(b) ¿Es	stá usted	embarazac	da?					
		en arriba son correctas y exactas Company a emitir la póliza o co				engo que la	s mismas serán considerada	is como j	oarte de m			
Médica, Inc. que posee info	ormación sobre mi p	o cualquier otro establecimien ersona, para que suministre a B erá tan válida como el original.										
Firmada en		el	día		_de		c	le 20				
Testigo												
Firma del examinador médico						Firma del asegurado propuesto						

REPORTE CONFIDENCIAL DEL EXAMINADOR MEDICO

Parte 3			•							
11 F (1 1)	D (.:	1 \	P 1	Para Hombres S			-	Detalles	de las Respuest	as Afirmativas
11. Estatura (calzado)	Peso (vesti	do)	Pecho (inspiración)	Pecho (expiración		Abdomen ombli				
mts cms.		kgs.	cms				cms.			
	2. ¿Tiene apariencia enfermiza o mayor que su edad?									
13. Pulso:			En reposo	Después de ejercicios		3 minutos más tarde				
Pulsaciones				ejerereros		taro	ic			
Irregularidades por	min.									
14. Presión Arterial:										
Sistólica		1		2		3				
Diastólica (cesación (si mayor de 140		 varias lec	turas)							
15. ¿Ha recibido el aseg				drogas	Yes		No			
por hipertensión? 16. ¿Hay evidencia de a	rtariosolaros	ic?			Yes		Jo.			
17. Corazón: ¿Hay	il terrosereros.	15:			168	□ 1	NO			
Hipertrofía?		Sí	□ No I	Dísnea?	□Si	í l	□ No			
Soplo?			□ No I	Edema?	□ Si		□ No			
	continuación	– si hay m	ás de uno, desci	riba por separado)						
Situación	Soplo	Soplo		AD 40						
	1	2			M					
C		_								
Constante					391					
Variable					30					
Transferido										
Localizado										
Sistólico				P	Ą					
Presistólico										
Diastólico										
Suave (Gr. 1-2)			Sus comentario	os e impresiones:						
Mod (Gr. 3-4)										
Alta (Gr. 5-6)										
Después del ejercicio): 🗆									
Aumentó										
Ausente										
Sin cambio										
Disminuyó										
18. ¿Su exámen indica	alguna anom:	alía pasada	o presente en le	o siguiente?						
(Trace un círculo al			rtinentes y de de	etalles)		Sí	No			
(a) Ojos, oídos, nari										
				e grado y corrección						
(b) Piel (incluya cic				cosas o arterias perii	ericas					
(c) Sistema nervioso (incluya reflejos y parálisis) (d) Sistema respiratorio										
(e) Abdomen (inclu)								
(f) Sistema génito-u	•		tata)				_			
(g) Sistema endocri										
(h) Sistema muscula				uras, amputaciones,						
deformidades)										
19. ¿Hay hernias?										
20. ¿Sabe usted de algu				# 2 4! \				_		
(Puede enviarse										
			_		or – ¿Pro	esencia de	azúcar?	¿Presencia de	e proteína?	¿Densidad?
¿Se envía una mue										
Debe enviarse una				storia de anomalías.						
(b) El Asegurado l										
(0) ======	F									
Certifico haber examina	do al asegura	ado propue	sto a las	A.M. 🗆 P.I	M. □ el	día	de			de 20
El exámen fue hecho en		□ mi consu	ıltorio □ re	sidencia del asegura	ido propi	iesto	□ Otro	lugar		
Nombre del examinador	r médico					Firma de	l Examin	ador Médico		
Dirección del examinad	or médico									
Número de seguro socia	ıl o número d	le identific	ación para impu	estos						
¿Es usted un examinado	or médico apr	obado por	la Compañía?		Sí	□ No				
Nombre del agente				F	irma del	asegurado	propues	to		