

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

Para Seguros de Salud
RESPUESTAS AL EXAMINADOR MEDICO
 Como continuación y parte de mi solicitud de seguro

FORMULARIO DE EXAMEN MEDICO

Fecha de nacimiento:							
						Mes / Día / Año	
1. Nombre completo del asegurado propuesto _____ (a) Dirección _____ (b) Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> (c) Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> (d) Ocupación _____							
2. (a) Nombre y dirección del último médico consultado _____ (b) Fecha, razón y resultado de la última consulta _____ (c) Tratamiento y/o medicinas recetadas _____ (d) Nombre y dirección de su médico personal (si no tiene, escriba NO) _____ (e) Historia clínica anterior: (1) Por favor detalle cualquier enfermedad o accidente por el cual ha sido hospitalizado _____ (2) ¿Está usted recibiendo actualmente tratamiento por alguna de estas enfermedades o accidentes que mencionó arriba, incluyendo medicamentos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
3. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas o enfermedades o ha recibido tratamiento a causa de ellos?		SI	NO	Detalles de las respuestas afirmativas. Indique el número de la pregunta y trace un círculo alrededor de los casos pertinentes. Incluya los diagnósticos, fechas, duración, así como los nombres y direcciones de los médicos e instituciones médicas que le prestaron servicios.			
(a) ¿Enfermedad o desorden de los ojos, los oídos, la nariz o garganta?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(b) ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, afección del habla, parálisis o apoplejía, u otro trastorno mental o nervioso?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(c) ¿Ahogos, ronquera o tos persistente, espuestos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(d) ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(e) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(f) ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos? ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(g) ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(h) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(i) ¿Deformidad, cojera o amputación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(j) ¿Enfermedad de la piel, de los ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(k) ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?		<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. (a) ¿Ha recibido alguna vez tratamiento o consejos profesionales por el uso de alcohol o drogas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(b) ¿Ha usado heroína, cocaína, marihuana, LSD o drogas similares, excepto bajo prescripción médica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(c) ¿Toma bebidas alcohólicas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
En caso afirmativo, indique la cantidad que toma Diariamente <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> mensualmente <input type="checkbox"/>							
(d) ¿Fuma usted? ¿Cuántos cigarrillos al día?..... Si usted fumaba cigarrillos, pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que lo dejó?							
6. ¿Está usted actualmente bajo observación o tratamiento?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Además de lo arriba mencionado, durante los últimos 5 años: (a) ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(b) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?		<input type="checkbox"/>					
(c) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(d) ¿Se le ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. (a) ¿Le han rechazado anteriormente alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(b) ¿Le han aceptado alguna póliza en condiciones especiales?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Para mujeres solamente: (a) ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, embarazo o en los órganos sexuales o en los senos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(b) ¿Está usted embarazada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Cuántos meses tiene de embarazo?							
				10. Antecedentes de familia: ¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental?.....SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
					Edad	Causa del fallecimiento	Edad al fallecer
				Padre			
				Madre			
				Hermanos y hermanas			
				¿Cuántos viven?			
				¿Cuántos han muerto?			
				11. ¿Que clase de deportes practica?			

DECLARO que las respuestas a las preguntas contenidas en este formulario de examen médico, son precisas, fieles y exactas, y que yo no estoy en conocimiento de ninguna circunstancia que pudiera afectar el resultado de la evaluación de la compañía de seguros con relación a mi solicitud para obtener seguro de salud.

DECLARO por este medio que estoy en conocimiento de que en caso de omisión o de información equivocada con relación a mi estado de salud, la compañía de seguros se reserva el derecho de invalidar la cobertura de este seguro.

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

En caso de que esta solicitud sea de un menor de edad, deberá ser firmada por uno de sus padres o su representante legal.

Firmada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Testigo _____ Firma del examinador médico _____ Firma del asegurado propuesto _____

REPORTE CONFIDENCIAL DEL EXAMINADOR MEDICO

12.(a)

Estatura (calzado)

Peso (vestido)

_____ kgs.

Para Hombres Solamente:

Pecho (inspiración)

_____ cms.

Pecho (expiración)

_____ cms.

Abdomen (en el ombligo)

_____ cms.

_____ mts. _____ cms.

(b) ¿Lo (la) pesó?

SI ☐ NO ☐

(c) ¿Tiene apariencia enfermiza o mayor que su edad?

☐ SI ☐ NO

13. (a) Presión arterial (si mayor de 140/90, reporte varias lecturas):

Sistólica

1 _____

2 _____

3. _____

Diastólica

(b) ¿Ha recibido el asegurado propuesto algún tratamiento con drogas por hipertensión? (Si afirmativo, explique)

☐ SI ☐ NO

(c) ¿Hay evidencia de arteriosclerosis?

☐ SI ☐ NO

Después del interrogatorio y examen minucioso, encuentra usted indicios de anomalías pasadas o presentes en cuanto a:

14. Sistema cardiovascular

(a) Ruidos del corazón – calidad, soplos, etc.....

☐ SI ☐ NO

(Úsese estetoscopio sobre el pecho descubierto, antes y después del ejercicio: sentado, acostado y en decúbito lateral izquierdo).

(b) Corazón: algún soplo, cardiomegalia?.....

☐ SI ☐ NO

(c) Pulso – ritmo

☐ SI ☐ NO

En reposo

Después de tocar

2 minutos

10 veces los pies

más tarde

Frecuencia

(d) Circulación – Disnea, edema, dolor sugestivo, etc.....

☐ SI ☐ NO

Diagrama del corazón – Llene el diagrama del corazón si encuentra anomalías en el sistema cardiovascular y si la presión sistólica excede de 150 y la diastólica de 90

(a) ¿Tiene un soplo? _____

(b) ¿Qué efecto tiene el ejercicio sobre el soplo? _____

(c) ¿Qué efecto tiene el cambio de posición sobre el soplo? _____

(d) ¿Se irradia el soplo? _____ ¿Adonde? _____

Fase

Sistólica ☐

Presistólica ☐

Diastólica ☐

Intensidad

Débil ☐

Moderada ☐

Fuerte ☐

Cualidad

Suave ☐

Silbante ☐

Sordo ☐

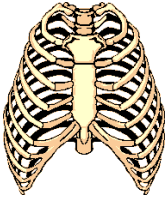
(e) ¿Hay algún frémito? _____

(f) ¿Se dilata el corazón? _____

(g) ¿Se acentúan anormalmente los ruidos del corazón? _____

(h) ¿Hay evidencia de descompensación? _____

Indique en el diagrama la posición del vértice, punto de máxima intensidad del soplo, localización e irradiación del mismo.



15. ¿Su examen indica alguna anomalía pasada o presente en lo siguiente? (Trace un círculo alrededor de los casos pertinentes y de detalles)

SI

NO

(a) Ojos, oídos, nariz, boca, faringe

☐

☐

(si la visión o el oído están deteriorados, indique en que grado y corrección)

☐

☐

(b) Piel (incluya cicatrices, ganglios linfáticos; venas varicosas o arterias periféricas) ...

☐

☐

(c) Sistema nervioso (incluya reflejos, parálisis, debilidad o temblores, estado mental, etc.....

☐

☐

(d) Sistema respiratorio (deformidad del tórax, enfisemas, etc.)

☐

☐

(e) Abdomen, vísceras, genitales externos, tamaño del hígado y del bazo, cicatrices quirúrgicas

☐

☐

(f) Sistema génito-urinario (incluya la próstata)

☐

☐

(g) Sistema endocrino (incluya tiroides y senos)

☐

☐

(h) Sistema muscular y óseo (incluya espina dorsal, articulaciones, amputaciones y deformidades)

☐

☐

16. ¿Hay hernias?

☐

☐

17. ¿Sabe usted de alguna historia médica adicional?

☐

☐

18. ¿Tiene usted motivo para creer que existe algún hábito desfavorable relativo al uso de alcohol o drogas?

☐

☐

19. ¿Tiene usted conocimiento de alguna información o antecedente médico importante que no haya sido mencionado en ninguna de las caras de este formulario?

☐

☐

20. Análisis de la orina – Resultados del análisis de orina realizado por el médico examinador:

¿Presencia de azúcar? _____

¿Presencia de proteína? _____

¿Densidad? _____

¿Presencia de sangre? _____

(Sírvasse dar sus comentarios en una carta confidencial dirigida al Director Médico, BMI Services, Inc., 8950 S.W. 74th. Court, Miami, FL 33156)

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 _____

(En letra de molde)

Dirección del examinador médico _____

Número de teléfono del examinador médico _____ Número de I.D. o del seguro social _____

¿Es usted un examinador médico aprobado de esta Compañía? ☐ Sí ☐ No

Nombre del agente que solicita el examen _____

Form 310 (BMII) Rev. 2/14