

BEST MERIDIAN INTERNATIONAL INSURANCE COMPANY SPC

CUESTIONARIO DE ASMA O BRONQUITIS (Médico)

El paciente autoriza a suministrarnos información médica (resultados, diagnósticos y tratamientos) para propósitos de adquirir una cobertura de seguro de vida. Agradeceremos que complete y devuelva este cuestionario lo antes posible.

Nombre del asegurado propuesto:	No. de póliza:	No. de cédula de identidad:	Fecha de nacimiento:
<hr/>			
<p>1. ¿Cuándo le diagnosticaron el asma, bronquitis, pulmonía, pleuresía, enfisema o rinitis alérgica? _____ Mes Día Año</p> <p>2. ¿Utiliza o ha utilizado broncodilatadores, cortisona, antibióticos, antiespasmódicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Rara Vez</p> <p>4. ¿Utiliza o ha utilizado algún otro medicamento o tratamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Tiene tos persistente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Esputos de sangre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Cuántos ataques de asma tiene al año? _____</p> <p>7. ¿Con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Rara Vez</p> <p>8. Fecha del último ataque de asma: _____ Mes Día Año</p> <p>9. ¿Cómo clasifica la condición de asma del paciente? <input type="checkbox"/> Mínima <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave</p> <p>10. ¿Ha visitado alguna sala de emergencia por esta condición? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Cuánto tiempo ha permanecido en ella? <input type="checkbox"/> Un día o menos <input type="checkbox"/> Más de un día</p> <p>12. ¿Ha sido hospitalizado por esta condición? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Por cuánto tiempo? _____ Fechas: _____</p> <p>14. Nombre y dirección del hospital: _____ _____</p> <p>15. ¿Ha necesitado una reanimación o intubación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Le han hecho espirometría? <input type="checkbox"/> FEV1 (obs./prev.) 55-64% Fecha: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FEV1 (obs./prev.) 54% o menos</p> <p>17. ¿Ha fumado durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p> <input type="checkbox"/> Una cajetilla o menos diaria <input type="checkbox"/> Cigarrillo <input type="checkbox"/> Más de una cajetilla diaria <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Pipa</p> <p>18. ¿Padece o ha padecido de cualquier otra enfermedad, lesión u operación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>19. ¿Ha habido algún cambio en la tolerancia al ejercicio en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>20. ¿Padece de disnea? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			<p><u>DETALLES DE LAS RESPUESTAS</u> <u>AFIRMATIVAS</u></p>

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO (Letra de molde):

Nombre del médico: _____	Nombre y código del agente: _____
Dirección y teléfono: _____ _____	_____
No. de cédula de identidad: _____ No. de licencia: _____	
Fecha completado: _____	
Firma: _____	