

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre y apellidos

Fecha de nacimientoLugar de nacimiento

Edad..... PesoEstatura.....

¿Es o ha sido fumador? SI NO Especifique cantidad al día

¿Consumo o ha consumido habitualmente bebidas alcohólicas? SI NO

Especifique cantidad al día y tipo de bebidas

¿Consumo o ha consumido estupefacientes? SI NO Especifique tipo de producto

¿Está o ha estado en tratamiento por alcoholismo o drogadicción? SI NO Especifique cual

¿Practica algún deporte o actividad de riesgo? SI NO Especifique cual.....

¿Está federado y compite oficialmente en alguna modalidad deportiva? SI NO Especifique cual

¿Padece o ha padecido alguna incapacidad o lesión congénita? SI NO Especifique cual

En caso afirmativo: ¿Tiene reconocida su incapacidad? SI NO

Declare sus tres últimas visitas al médico:

FECHA	MOTIVO DE LA VISITA	ESPECIALIDAD	PRÓXIMA FECHA CONSULTA
.....
.....
.....

Describa aquí las pruebas y análisis que se ha realizado últimamente:

¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes procesos médicos o enfermedades?

	SI	NO		SI	NO		SI	NO		SI	NO
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Oído/Laringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis/Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina-Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Flebitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fracturas/Enf. Óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alzheimer/Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/Rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto refractivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma/Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ICTUS/Accidente Vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portador V.I.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras enf. oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras:

Describa aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

¿Ha tenido embarazos? ¿Cuántos? ¿Hijos nacidos vivos? ¿Abortos? ¿Cuántos? ¿Cesáreas?..... ¿Cuántas?

¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas? SI NO

¿Se ha hecho chequeos médicos de empresa, particular, etc.? SI NO

Realice una breve explicación de las respuestas afirmativas:

.....
.....
.....

¿Ha sido operado en alguna ocasión? SI NO

AÑO TIPO OPERACIÓN SECUELA

.....
.....
.....

¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica? SI NO

Realice una breve explicación si la respuesta es afirmativa:

.....
.....
.....

¿Ha sido ingresado en algún hospital o institución en observación o por enfermedad o accidente? SI NO

AÑO TIPO OPERACIÓN SECUELA

.....
.....
.....

¿Se encuentra bajo algún control o tratamiento médico en la actualidad? SI NO

¿Tiene alguna indicación médica o intención de hacerse algún estudio o tratamiento concreto? SI NO

Realice una breve explicación de las respuestas afirmativas:

.....
.....
.....

- Le informamos que el cuestionario de salud que debe cumplimentar, es sumamente importante para la aceptación de su solicitud.
- El que suscribe declara, bajo su responsabilidad, que sus respuestas a las preguntas formuladas son veraces y completas, autorizando expresamente a Igualatorio Cantabria para que realice las comprobaciones que crea necesarias sobre el origen y la evolución de las enfermedades o dolencias de las que, en su momento, se requiera asistencia al amparo de la Póliza. Autoriza a la Compañía, en caso de haber tenido alguna enfermedad, a ponerse en contacto con los Facultativos intervinientes.
- Igualatorio Cantabria elude la responsabilidad asistencial para las afecciones o secuelas que el asegurado ya tuviese contraídas al formular la póliza, aunque hayan sido omitidas en la contratación.
- Artículo 10 Ley de Contrato de Seguro 50/1980 de 8 de Octubre. "El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo". "El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro"
- Aprovechamos para indicarle que en caso de sufrir algún padecimiento y/o haber tenido alguna intervención quirúrgica, deberá aportarnos informe médico de la misma.
- Todos estos trámites evitarán que se retrase la contestación a la aceptación o denegación de su solicitud por parte de este IGUALATORIO.
- En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le comunica que los datos personales que nos facilite (incluidos los de salud) quedarán recogidos en los ficheros de Igualatorio Cantabria, debidamente inscritos en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos con la finalidad de Gestionar su Póliza de Salud. El Asegurador se obliga a conservar de forma confidencial los datos facilitados por el Tomador del Seguro y/o Asegurado. Por lo que se refiere a los datos de salud del Asegurado, bien declarados en el Cuestionario de Salud o conocidos como consecuencia de siniestros, podrán ser comunicados por el Igualatorio a profesionales sanitarios, centros u hospitales médicos prestadores de dicha asistencia y viceversa con la misma finalidad. Mediante su firma consiente este tratamiento y cesiones de los datos. En caso de oponerse a ellas, no podrá procederse a la cobertura de la asistencia. Asimismo el Asegurador queda autorizado para remitir información al Tomador y/o el Asegurado, sobre bienes y servicios que pudieran ser del interés de aquellos. Podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus datos dirigiéndose por escrito a Igualatorio Cantabria (C/Juan de Herrera nº 18, 2ª-Planta - 39002 Santander).

En a de de 20

Fdo.:
(En caso de ser menor de edad, deberá ser firmado por el padre, la madre o el tutor legal)