

I. DATOS DEL CONTRATANTE :

Nombre y Apellidos o Razón Social : _____

II. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE :

Nombre y Apellidos : _____

Domicilio: Calle _____ N° : _____ C.P. : _____

Ciudad : _____ Provincia : _____

Doc. de Identidad : Tipo : _____ N° _____

Profesión u ocupación: (Ampliar) _____

Otras Ocupaciones: _____

Teléfono: _____ Sexo: M [] F [] Fecha Nacimiento : __ / __ / ____

Lugar de Nacimiento : _____ Est. Civil : _____

Provincia: _____

1) ANTECEDENTES PERSONALES

Presión Arterial: Máx/Mín. _____	¿Ha tenido cambios en los últimos 12 meses?:	¿Es zurdo?
		SI NO
Altura _____	Peso _____	¿Aumentó o disminuyó de peso en el último año?(En cuanto y porqué) _____
En caso de ser fumador o ex fumador indique: ¿Edad en que empezó a fumar? _____ Fuma o fumaba cigarrillos, cigarros o pipa? _____ a) Consumo diario: _____ En caso de ser ex fumador, indique: ¿Cuánto hace que dejó de fumar? _____ ¿Por cuantos años fumó? _____		
¿Consume habitualmente alguna bebida alcohólica? En caso afirmativo, indique consumo diario: _____ ¿Necesita o necesitó hacer uso de sedantes? _____ ¿Porqué motivo? _____ ¿Consume drogas o medicamentos que no le fueron prescritos por un médico? _____ Explique: _____		
¿Practica algún deporte?(explique e indique frecuencia) _____		
¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre? _____ ¿Adolece de algún defecto físico? ¿Cuáles? _____		
CUANDO EL ASEGURABLE ES MUJER ¿Sus embarazos y partos han sido normales? _____ Fecha del último parto: __ / __ / __ ¿Sus menstruaciones son normales? _____ ¿Está embarazada? _____ ¿De cuantos meses? _____ ¿Tuvo abortos? _____ ¿Cuántos y porqué? _____		

2) ANTECEDENTES FAMILIARES

a) Parentesco	Edad	Estado de salud y si no fuera bueno enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte
Padre				
Madre				
Hermanos				

b) ¿Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis?(Indicar parentesco) _____

c) ¿Ha convivido en los últimos tres años con algún tuberculoso o HIV+ o sidoso? _____

d) ¿Practica o utiliza Ud. aviones? ¿En qué carácter? _____

3) ANTECEDENTES DE SALUD

a) ¿Ha sufrido en el pasado o sufre actualmente alguno de los siguientes síntomas o enfermedades?

<input type="checkbox"/>	Acidez, úlcera o dolores de estómago	<input type="checkbox"/>	Opresión o palpitaciones cardíacas
<input type="checkbox"/>	Sudoraciones y/o fiebre nocturna persistentes	<input type="checkbox"/>	Asma o fatiga respiratoria
<input type="checkbox"/>	Enfermedades dermatológicas	<input type="checkbox"/>	Ronquera persistente
<input type="checkbox"/>	Cólicos intestinales	<input type="checkbox"/>	Gánglios inflamados o hinchados
<input type="checkbox"/>	Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	Convulsiones o temblores
<input type="checkbox"/>	Hinchazón de piernas	<input type="checkbox"/>	Tos persistentes/expectoraciones con sangre
<input type="checkbox"/>	Deposiciones con sangre/vómitos de sangre	<input type="checkbox"/>	Icterias
<input type="checkbox"/>	Transtornos nerviosos o mentales	<input type="checkbox"/>	Desmayos
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B, ulceraciones/secreciones genitales	<input type="checkbox"/>	Dolores articulares
<input type="checkbox"/>	Diarreas frecuentes o crónicas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza o mareos persistentes	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial

Amplie sobre lo marcado:

Padece o ha padecido alguna de las enfermedades abajo detalladas:

Anemia, embolias, diabetes, enfermedades del hígado o vesicular biliar, enfermedades del corazón, enfermedades del riñón o la vejiga (cólicos, cálculos), enfermedades del estómago o intestino, enfermedades de los ojos, de la garganta, de la nariz, de los oídos, epilepsia, gota, parálisis, pleuresía, reumatismo, tuberculosis, tumores, SIDA, o enfermedad relacionada al complejo de inmunodeficiencia adquirida u otras enfermedades no mencionadas en los puntos precedentes.

Detalle cuál (es): _____

En los últimos cinco años:

- a) ¿Le hicieron análisis de cualquier tipo?(indique fecha aproximada, tipo y motivo) _____
- b) ¿Le han realizado radiografías, electrocardiograma, tomografías, o estudios de cualquier otro tipo? (de fecha aproximada y motivo) _____
- c) ¿Ha sufrido en los últimos cinco años algún accidente con lesiones físicas, herida o intervención quirúrgica? ¿En qué consistió? (Fecha, consecuencias y médico que lo atendió) _____
- d) ¿Estuvo internado en algún hospital, clínica, sanatorio u otro establecimiento asistencial o de descanso? ¿Cuándo, dónde y por qué? _____

¿Está actualmente en tratamiento médico? (SI/NO) _____ ¿Por qué causa? _____	¿Ha consultado en los últimos cinco años a otro médico? ¿Por qué causa? _____ _____
¿Consumo algún medicamento en forma habitual? _____	

Nombre, apellido, dirección y teléfono del médico de cabecera: _____

GRUPO FAMILIAR ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRES	VINCULO	Fecha Nacimiento	Documento (DNI-LE-LE)	Sexo	Altura	Peso	BENEFICIARIO
				M F			
				M F			
				M F			
				M F			
				M F			
				M F			

Declaración de Salud (Grupo familiar)

Sufrió su cónyuge o sus hijos en los últimos cinco años algún accidente, operación quirúrgica o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar a un médico, o se encuentre actualmente bajo tratamiento y/o ingiriendo alguna medicación. En caso afirmativo indique fecha/s, causa/s, diagnóstico/s, tratamiento/s y médico/s tratante/s:

- Certifico por este medio que he leído o me ha sido leída esta declaración y que es verdadera y completa hasta donde tengo conocimiento. Comprendo que cualquier falsificación de la presente invalidará el contrato y cualquier reclamación será nula.
- Autorizo a cualquier médico licenciado, hospital, clínica o establecimiento de cuidado de la salud, a proporcionar la información que sobre mi estado de salud solicite RIO URUGUAY.

En _____, el ____ de _____ de _____.-

Firmado en mi presencia

Firma del Solicitante