

## Tuberculosis

(Para ser llenado por el solicitante)

Nombres:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Fecha de  
Nacimiento.

/ /

Por favor, indicar:

Tu estatura:

cm.

Tu peso

kg.

Enfermedad	Si	No	Respuesta
<p>En relación a tus molestias pulmonares</p> <p>a) ¿A qué edad tuviste el primer episodio?</p> <p>b) ¿Cuál es la fecha del episodio más reciente?</p>			
<p>¿Qué tan frecuentemente ocurren estos episodios?</p> <p>¿Recibes tratamiento para estos episodios?</p> <p>En caso afirmativo, favor de contestar:</p> <p>&gt; ¿En qué categoría cae el tratamiento recibido?</p> <p>I. Solamente tratamiento ocasional durante los episodios</p> <p>II. Tratamiento por periodos mensuales</p> <p>III. Tratamiento Continuo.</p> <p>IV. Hospitalización.</p>			<p>Especifique el número por año:</p>
<p>¿Entre los episodios, tu tórax está normal?</p>			<p>En caso negativo, favor de proporcionar detalles:</p>
<p>¿Has experimentado cualquier limitación en tu capacidad para trabajar o has tenido que ausentarte del trabajo como resultado de un episodio?</p>			<p>En caso afirmativo favor de contestar número de días.</p>

## Cuestionario de antecedentes médicos

Enfermedad	Si	No	Respuesta
¿Se te ha practicado Rx de Tórax o pruebas de función pulmonar?			En caso afirmativo, favor de contestar: fecha y resultado
Por favor informe cualquier particularidad importante, incluyendo el nombre y domicilio de tu(s) medico(s) tratante(s).			
¿Fumas? En caso afirmativo, ¿Cuánto y con qué periodicidad?			

Confirmando la exactitud y la veracidad de las declaraciones antes expresadas, que nada he ocultado, omitido o disimulado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía y que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica la nulidad de la póliza. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras dolencias, a revelar a la compañía todos los antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarnos sus servicios. Además declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de la solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la compañía.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de la declaración

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurable

\_\_\_\_\_  
Firma del agente