

Cuestionario hipertensión arterial (accidentes personales)

Este documento deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y tinta negra o por el solicitante en caso de no contar con uno.

Datos generales del solicitante

Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Fecha de nacimiento: _____

1. Fecha de diagnóstico: _____

2. Fecha de la última consulta: _____

3. Tipo de hipertensión:

a. Esencial

b. Secundaria

c. Maligna

4. Si es secundaria, favor de especificar: _____

5. ¿Qué tratamiento se ha recibido en los últimos 2 años? _____

6. Cifras de presión arterial al:

Diagnóstico		
Fecha	Sístole	Diástole

Durante el tratamiento		
Fecha	Sístole	Diástole

Actuales		
Fecha	Sístole	Diástole

7. ¿Se han presentado complicaciones? Sí No

8. En caso afirmativo, detallar: _____

Proporciona fechas y resultados de los estudios practicados, principalmente radiografías de tórax y electrocardiogramas.

El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Nombre y firma del médico tratante/solicitante _____

Lugar y fecha de firma _____

Cédula: _____

Teléfono: _____

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 3 de julio de 2018, con número CGEN-S0058-0065-2018.