

## Cuestionario asma (accidentes personales)

Este documento deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y tinta negra.

### Datos generales del solicitante

\_\_\_\_\_

Apellido paterno

\_\_\_\_\_

Apellido materno

\_\_\_\_\_

Nombre(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Indicar la fecha de inicio: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es el número promedio de crisis por año? \_\_\_\_\_

3. Fecha de la última crisis: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es el tratamiento que se recibe? \_\_\_\_\_

5. Estado actual de salud: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_