

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: _____