

1./ Datos del Asegurado:
PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

Primer Nombre			Inicial del Segundo Nombre		Primer Apellido		
Fecha de Nacimiento día / mes / año	Edad	Fumador ☐ Sí ☐ No	Sexo ☐ F ☐ M	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Viudo		Número de ID	

2./ Datos del Médico que diagnóstico primero la Diabetes:

Nombre y Apellido				Fecha del primer diagnóstico día / mes / año	
Dirección del Médico					
Ciudad	Estado / Provincia	País	Código Postal	Teléfono	

3./ Datos del Médico que está tratando actualmente la Diabetes:

Nombre y Apellido				Fecha del último tratamiento día / mes / año	
Dirección del Médico					
Ciudad	Estado / Provincia	País	Código Postal	Teléfono	

4./ Preguntas de Salud:

a.- ¿Está usted siguiendo una dieta especial?	b.- Indique consumo diario de calorías	c.- ¿Está tomando usted insulina o alguna otra medicina?
---	--	--

	INSULINA	UNIDADES	HORA	MEDICINA ORAL	DOSIS
Mañana					
Mediodía					
Noche					

d.- ¿Ha sufrido algún coma diabético?	¿Cuántas veces?	Fechas
---------------------------------------	-----------------	--------

e.- ¿Se ha hecho usted regularmente la prueba de azúcar en la orina?	Fecha de la prueba más reciente
--	---------------------------------

f.- ¿Tuvo usted azúcar en la orina en su última prueba?	Si la respuesta es negativa, ¿Cuáles fueron los resultados de la prueba?
☐ Sí ☐ No	

g.- ¿Tiene usted usualmente la orina libre de azúcar?	¿Cuánto pesa usted?	¿Cuánto pesaba usted hace 1 año?
☐ Sí ☐ No	Kgms. ☐ Libras ☐	Kgms. ☐ Libras ☐

h.- Ha tenido usted alguna vez:	Si	No	Indique cuál:
¿Infecciones tales como furúnculos, amigdalitis o dientes infectados?	☐	☐	_____
¿Dificultad en la visión o enfermedades de la vista?	☐	☐	_____
¿Dolor en el pecho, problemas del corazón?	☐	☐	_____
¿Alta tensión arterial?	☐	☐	_____
¿Problemas en los riñones o enfermedades urinarias?	☐	☐	_____
¿Enfermedades repetitivas o prolongadas?	☐	☐	_____

Yo, como Solicitante, declaro que las respuestas anteriores corresponden a la verdad y que formarán parte integral de mi solicitud de seguro y una vez emitida la póliza o plan, formarán parte integral del contrato. Reconozco que la compañía confiará en esta información para emitir una póliza o plan. Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma del Asegurado

Fecha

1./ Datos del Solicitante:

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE

Primer Nombre			Inicial del Segundo Nombre		Primer Apellido		
Fecha de Nacimiento día / mes / año	Edad	Fumador ☐ Si ☐ No	Sexo ☐ F ☐ M	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Viudo		Número de ID	

2./ Datos del Médico que está tratando actualmente la Diabetes:

Nombre y Apellido				Fecha del primer diagnóstico día / mes / año	
Dirección del Médico					
Ciudad	Estado / Provincia	País	Código Postal	Teléfono	

3./ Preguntas sobre el Paciente:

a.- ¿Encuentra usted al paciente diabético?			Suave ☐ Moderado ☐ Severo ☐		Fecha del diagnóstico día / mes / año
☐ No ☐ Sí (provea detalles)					
b.- ¿Ha cambiado notablemente el peso del paciente en los últimos 5 años?			Peso hace 1 año		Peso hace 2 años
☐ No ☐ Sí (provea detalles)			Kgms. ☐ Libras ☐		Kgms. ☐ Libras ☐
c.- ¿Está el paciente siguiendo una dieta?			Indique consumo diario de calorías		
d.- ¿Qué tratamiento recibe el paciente actualmente?			¿Está el paciente tomando insulina o alguna otra medicina?		
INSULINA		UNIDADES	HORA	MEDICINA ORAL	
Mañana					
Mediodía					
Noche					
e.- ¿Se realiza el paciente pruebas de orina regularmente?			¿Cuál fué el resultado más reciente?		
☐ No ☐ Sí (provea detalles)					
f.- ¿Le ha practicado al paciente pruebas de azúcar en la sangre?			Fecha	Ayuno	Después de la comida
☐ No ☐ Sí (provea detalles)			día / mes / año	☐	☐
g.- Indicar fecha y resultado de la prueba HbA1c:			día / mes / año	☐	☐
Fecha Resultado de la Prueba					mgs.
h.- Se le ha practicado al paciente alguna vez:			Si ☐ No ☐	Detalles	
¿Electrocardiogramas?			☐ ☐		
¿Radiografía de Tórax?			☐ ☐		
i.- Ha padecido el paciente alguna vez de:					
Retinopatía	Neuropatía	Nefropatía	Proteinuria	Enfermedades Isquémicas	Otras
Fechas					
Detalles					

Yo, como Médico Tratante del Solicitante, declaro que las respuestas anteriores corresponden a la verdad y que forman parte de la historia médica del mismo y doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma y Sello del Médico Tratante

Fecha