

Datos del Asegurado

Primer Nombre			Inicial del Segundo Nombre		Primer Apellido			
Fecha de Nacimiento día / mes / año			Hábitos Tóxicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo	
Número de ID								

Si contestó afirmativamente la pregunta de Hábitos Tóxicos, por favor explique:

Nombre del médico que diagnosticó la hipertensión:

Fecha de diagnóstico de la hipertensión

Toma de tensión arterial en ese momento:

Fechas y Tomas de tensión arterial de las consultas más recientes:

Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial
Fecha	Toma tensión arterial	Fecha	Toma tensión arterial

Favor indicar tratamiento y medicamentos:

Indique si se le han realizado pruebas de laboratorio y/o electrocardiogramas al Solicitante (explique):

Yo, como Solicitante/Asegurado estoy de acuerdo en que esta información formará parte de mi solicitud de seguro. 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 Médico Tratante

Fecha