



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA AUTOSEGURO

1. Nombre: \_\_\_\_\_ No. Identidad: \_\_\_\_\_
2. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Residencia actual: \_\_\_\_\_
4. Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
5. Sexo F  M  Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_
6. Recibe Cobertura médica en: IHSS  Otros hospitales \_\_\_\_\_
7. Afiliado:  Jubilado:  Pensionado  Peso lbs: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ sangre tipo: \_\_\_\_\_
- Centro donde Presta sus Servicios: \_\_\_\_\_ Monto Solicitado L. \_\_\_\_\_

### **Declaración de Antecedentes de Salud**

1. ¿Ha consultado a algún médico en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
2. ¿Le han detectado diabetes, cáncer, tumores, quistes, presión alta? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
3. ¿Algún familiar como: **Padre, Madre, Hermanos, Abuelos ó Tíos**, padecen de lo antes mencionado Ítem No.2 **De ser afirmativa de su respuesta en el Numeral No.18** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
4. ¿Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
5. ¿Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
6. ¿Ha tenido, sufrido o padecido depresión, ansiedad o enfermedad mental? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
7. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
8. ¿Tiene alguna incapacidad física? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
9. ¿Toma algún medicamento? De el nombre \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
10. ¿ Ha recibido alguna vez atención médica o tratamiento médico por síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con esta? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
11. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos o habanos al día? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
12. ¿Ingiere licor? Indique la frecuencia por día y semana? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
13. ¿ Padece de Enfermedades Osteorriticas (Columna, articulaciones, cervical) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
14. ¿Le falta alguna parte u órgano del cuerpo (especifique)? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
15. ¿Esta Ud. Embarazada? ¿Cuántos meses? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No \_\_\_
16. Nombre del ginecólogo (si es mujer) \_\_\_\_\_
17. Nombre el último médico que lo atendió y teléfonos \_\_\_\_\_
18. Si cualquiera de las respuestas a las preguntas 1 a la 14 es afirmativa, favor detallar a continuación e Indique: Fechas y Diagnósticos. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_

Firma Asegurado \_\_\_\_\_