

Nombre(s): _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Número de folio/Póliza: _____

1. Favor de indicar el diagnóstico más relevante para ti, como por ejemplo, Diabetes Mellitus Tipo I o II, Diabetes Gestacional, insulino dependiente, intolerancia a la glucosa, Glucemia Basal alterada, etc. Anexar copia de cualquier reporte médico disponible reciente.

2. ¿Cuándo fue diagnosticada la condición o experimentaste los síntomas por primera vez? (DD/MM/AAAA)

____ / ____ / ____

3. ¿Te realizas exámenes de niveles de azúcar de la sangre en tu hogar?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles de los últimos 3 meses:

Frecuencia de los exámenes	Resultados más bajos	Resultados más altos	Resultado promedio

4. ¿Te han realizado el examen de hemoglobina glicosilada (HbA1c)?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles incluyendo la fecha aproximada y resultados del examen más reciente:

5. Favor de proporcionar detalles de cualquier medicamento que hayas tomado en relación con tu diabetes (favor de incluir también medicamentos utilizados y relacionados para bajar la presión arterial y el colesterol):

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

6. ¿Alguna vez has sido internado en un hospital o requerido de cuidados de emergencia por este padecimiento?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

Razón	Nombre del médico, hospital o clínica	Domicilio	Fecha

7. ¿Alguna vez has presentado?

- I) Problemas del ojo Sí No
- II) Problemas del corazón Sí No
- III) Presión sanguínea alta Sí No
- IV) Problemas del riñón (incluyendo proteínas en la orina) Sí No
- V) Problemas sensoriales (tales como ardor en los pies) Sí No
- VI) Alguna otra complicación Sí No

Si has contestado sí a cualquier pregunta anterior, favor de proporcionar detalles:

8. Favor de proporcionar nombre y domicilio de los médicos, especialistas o clínicas que has consultado en relación a tu diabetes:

Nombre del médico, hospital o clínica	Domicilio	Fecha de la última consulta

9. ¿Fuera del propósito de chequeos regulares, se ha discutido, recomendado o contemplado un tratamiento más amplio o de seguimiento?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

10. ¿Alguna vez has tenido que ausentarte del trabajo debido a tu diabetes?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles incluyendo fechas y duración:

11. ¿Tus tareas laborales se han visto afectadas o restringidas de alguna manera?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles incluyendo fechas y duración:

12. Favor de proporcionar cualquier información adicional que consideres importante:

Declaración

Confirmando que todas las respuestas que he proporcionado son de mi total conocimiento, verdaderas y que no he omitido ninguna información material que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho conocido por mí, podría invalidar mi póliza de seguro(s).

Nombre completo _____

Fecha _____

Nombre y firma