

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

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

1. Favor de indicar el diagnóstico preciso o la naturaleza de la condición que padeces, como por ejemplo, ataques de ausencia (petit mal), ataque atónico, ataque mioclónico (grand mal), convulsiones tónico-clónicas, ataques simples parciales, ataques parciales complejos (psicomotores), etc. Anexar copia de los reportes médicos si están disponibles:

2. ¿Cuándo fue diagnosticada la condición o la primera vez que experimentaste un ataque / convulsión? _____ / _____ / _____

3. Favor de describir los ataques / convulsiones:

4. ¿Qué tan seguido experimentas los ataques / convulsiones?

5. Los ataques / convulsiones que padeces son:

Más frecuente Menos frecuente No ha cambiado

6. ¿Estás al tanto de cualquier cosa que precipite tus ataques / convulsiones?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar los detalles:

7. ¿Cuándo fue tu último ataque / convulsión? _____ / _____ / _____

8. ¿Tomas actualmente algún medicamento para tu condición?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

9. ¿Además de lo mencionado anteriormente, has tomado algún otro medicamento o tenido otro tratamiento en el pasado para tu condición?

Sí No

Nombre del medicamento o tratamiento	Dosis	Frecuencia	Fecha de la última toma

10. ¿Te has realizado alguna vez algún tipo de exámenes o análisis como por ejemplo: electroencefalograma (EEG), CT scan, MRI scan etc.?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles incluyendo fechas, procedimientos, lugares y resultados:

Nombre del examen o análisis	Lugar	Fecha	Resultado

11. ¿Has sido alguna vez hospitalizado o tenido consultas de seguimiento para esta condición?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

Nombre del médico, hospital o clínica	Domicilio	Fechas

12. ¿Has contemplado o discutido un tratamiento o análisis futuro de tu condición?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

13. Favor de proporcionar nombre y domicilio de los médicos y/o especialistas que has consultado en relación a esta condición:

Nombre del médico, hospital o clínica	Domicilio	Fechas

14. ¿Alguna vez has estado incapacitado en el trabajo por esta condición?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

15. ¿Se han visto afectados o restringidas tus tareas laborales de alguna forma?

Sí No

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

16. ¿Te está permitido conducir algún tipo de vehículo con motor?

Sí No

16. 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