

Nombre(s): \_\_\_\_\_ Apellido paterno: \_\_\_\_\_ Apellido materno: \_\_\_\_\_

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

1. ¿Cuándo fuiste diagnosticado por primera vez con presión alta?

\_\_\_\_\_

2. ¿Recuerdas cuál fue tu presión sanguínea en aquella ocasión?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo fue la última vez que tomaste tu presión sanguínea?

\_\_\_\_\_

4. ¿Recuerdas cuál fue tu presión sanguínea en aquella ocasión?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Tomas algún medicamento actualmente para medir tu presión sanguínea?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles incluyendo los nombres, dosis y frecuencia:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Cuándo comenzaste a tomarlo?

6. Además de lo mencionado anteriormente ¿alguna vez has tomado cualquier otro medicamento para bajar la presión sanguínea?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	¿Cuándo dejaste de tomarlo?

7. ¿Te has realizado alguna vez exámenes o análisis relacionados con la presión sanguínea, como por ejemplo, registros de la presión sanguínea por 24 horas, electrocardiograma, ecocardiograma, examen de orina, etc.?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

Nombre del examen o análisis	Lugar	Fecha	Resultado

8. ¿Sufres de algún problema relacionado a este padecimiento, como por ejemplo colesterol alto, Diabetes mellitus, problemas cardiacos, renales u oculares?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

---

---

9. ¿Además del monitoreo de tu presión arterial, has contemplado o discutido algún otro tratamiento o análisis futuro?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

---

---

10. Favor de proporcionar nombre y domicilio de los médicos y/o especialistas a los que has consultado en relación a tu presión alta:

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

11. 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