

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):

Número de folio / Solicitud:

1. Favor de proporcionar el diagnóstico preciso o naturaleza de la condición que tienes y anexar copia de cualquier informe médico disponible.

2. Durante los últimos 12 meses ¿cuántas veces acudiste a tu control y cuando fue la última fecha? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3. La frecuencia de los síntomas se siguen presentado:

Más frecuente  Menos frecuente  No ha cambiado

4. ¿Conoces los factores que puedan incrementar estos síntomas?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

5. ¿Actualmente tomas algún medicamento para esta condición?

Sí  No

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

6. Además de lo mencionado anteriormente ¿has tomado algún otro medicamento o tenido otro tratamiento para esta condición?

Sí  No

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

7. Informa sobre los detalles de los exámenes o análisis relacionados a este padecimiento:

Favor de proporcionar detalles:

Nombre del examen o análisis	Lugar (Hospital / Laboratorio)	Fecha	Resultado

8. ¿Alguna vez has sido internado en un hospital o requerido de tratamiento de emergencia para esta condición?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

Nombre del médico, hospital o clínica	Domicilio	Fecha

9. ¿Has discutido o contemplado un tratamiento o análisis futuro?

Sí  No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

---

---

10. Favor de proporcionar los datos de los médicos y/o especialistas que has consultado en relación a esta condición:

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