

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):

Número de folio / Póliza:

1. Favor de proporcionar el diagnóstico preciso o naturaleza de la condición que padeces como por ejemplo, ambliopía, amaurosis, ceguera, catarata, coroiditis, úlcera corneal, glaucoma, keratitis, keratoconus, degeneración macular, neuritis óptica, desprendimiento de retina, retinitis, etc.

2. ¿Cuándo te fue diagnosticado o experimentaste por primera vez los síntomas? ____ / ____ / ____

3. ¿Cuál fue la causa subyacente? (si se conoce):

4. Favor de informar que ojo (ojos) son/están/fue/fueron afectados?

Izquierdo Derecho Ambos

5. Favor de describir los síntomas y grado de incapacidad visual que tienes (si existe):

6.

a) ¿Continúan los síntomas?

Sí No

Si es así ¿han disminuido, permanecido estables o han progresado?

b) Si actualmente ya no has experimentado síntomas, ¿cuándo fue la última vez que los tuviste? ____ / ____ / ____

c) Favor de informar la frecuencia y duración de los síntomas en estas ocasiones.

7. Favor de proporcionar detalles de cualquier tratamiento que hayas tenido en relación a esta condición como por ejemplo, anteojos, terapia de láser, medicamento, cirugía, etc.

Tipo de tratamiento	Nombre del médico, hospital o clínica	Domicilio	Fecha

8. ¿Alguna vez ye han realizado algún tipo de exámenes o análisis relacionados con tu condición?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

Nombre del examen o análisis	Nombre y domicilio del médico, hospital o clínica	Resultado	Fecha

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

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

10. Favor de proporcionar detalles sobre los médicos y/o especialistas que has consultado en relación a tu condición:

Nombre del médico, hospital o clínica	Domicilio	Fechas

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

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

12. ¿Se han visto afectadas o restringidas tus tareas laborales 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