



## DECLARACION DE SALUD

FAVOR INDICAR SI USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS A SER INCLUIDAS EN LA PÓLIZA	SI	NO
1. ¿SE LE HA RECOMENDADO QUE SE PRACTIQUE ALGÚN EXAMEN, HOSPITALIZACIÓN O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, TRATAMIENTO O CONSULTA MEDICA QUE NO SE HAYA EFECTUADO?		
2. ¿HA ESTADO EN ALGÚN HOSPITAL, CASA DE REPOSO, CLÍNICA, SANATORIO O EN CONSULTA CON MEDICO GENERAL, INTERNISTA O ESPECIALISTA EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS?		
3. ¿EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS LE HAN PRACTICADO EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNOSTICO, RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO O DE ESFUERZO O DE ANÁLISIS DE LABORATORIO?		
4. ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ENFERMEDADES MENTALES, VENÉREAS SIDA, DEL APARATO URINARIO, HERNIAS, DE LA TIROIDES, DIABETES, DEL APARATO LOCOMOTOR, DE LA PIEL GLÁNDULAS MAMARIAS, DE LOS OJOS, NARIZ O GARGANTA?		
5. ¿HA SUFRIDO O SUFRE DEL CORAZÓN ARTERIAS O VENAS, ANGINA DE PECHO, INFARTO DEL MIOCARDIO, TROMBOSIS O FLEBITIS, TENSIÓN ARTERIAL, ETC.?		
6. ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (BRONQUITIS, ASMA, NEUMONÍA O PLEURESÍA, ETC.?)		
7. ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ENFERMEDADES DEL APARTO DIGESTIVO (ULCERA, GASTRITIS, LITIASIS O CÓLICOS VESICULARES, APTITAS O CIRROSIS DEL HÍGADO, ESTREÑIMIENTO, HEMORROIDES, SANGRAMIENTOS RECTALES, ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS, ETC.?)		
8. ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ARTRITIS, REUMATISMO, DEFORMIDADES EXTERNAS, PROBLEMAS DE COLUMNA O GOTA?		
9. ¿HA AUMENTADO O DISMINUIDO DE PESO EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS?		
10. ¿SE HA PRACTICADO EXPLORACIONES PARA PESQUISAS, DIAGNÓSTICOS O HA SIDO TRATADO POR CÁNCER, TUMORES O FIBROMAS?		
11. ¿EN CASO DE MUJERES: A) ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE SANGRAMIENTOS VAGINALES ANORMALES, FLUJOS O LEUCORREA EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS? B) ¿ESTA USTED EMBARAZADA (EN CASO AFIRMATIVO CUANTOS MESES)?		
12. ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE QUE LE HAYA DEJADO MUTILACIÓN, DEFORMACIONES O DEFECTOS FÍSICOS?		
13. ¿HA TENIDO ALTERACIÓN DE LA SALUD O SINTOMAS QUE NO SE MENCIONE EN ALGUNA PREGUNTA DE ESTA SECCIÓN?		
14. ¿PRESENTARÍA ALGÚN PROBLEMA EN SER CHEQUEADO POR LA UNIDAD MEDICA?		

**SI ALGUNA DE LA PREGUNTAS EN LA DECLARACION DE SALUD FUE DECLARADA COMO POSITIVA, POR FAVOR DETALLE LOS SIGUIENTES DATOS:**

NRO	APELLIDOS Y NOMBRE	C.I	CAUSA O DIAGNOSTICO

“Declaro que los Beneficiarios aquí designados son los que deseo amparar en el Plan. Asimismo que estoy en conocimiento de que cualquier cambio que desee efectuar estoy en la obligación de notificarlos a la División de Seguro del Ministerio del Poder Popular para la Educación.

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y N°. Cedula de Identidad