



¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna de las enfermedades que se detallan seguidamente? (Completar con SI o NO):

	SI	NO		SI	NO
a) Enfermedades del sistema nervioso Mareos, vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis o cualquier ataque o enfermedad de la cabeza o sistema nervioso ¿Cuáles?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) Datos adicionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Sufre de Arteroesclerosis?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Sufre de Hipertensión Arterial?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Enfermedades del sistema respiratorio Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, pleuresía, pulmonía, esputo con sangre, tuberculosis, silicosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles son sus cifras de tensión arterial?:		
_____			Máxima: <input type="text"/> Mínima: <input type="text"/>		
c) Enfermedades del corazón o del sistema circulatorio Fiebre reumática, angina, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones, hinchazón de piernas o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indique tratamiento actual:		
_____			_____		
d) Enfermedades del sistema digestivo e intestinal Úlcera gástrica o duodenal, constipación, diarreas, cólicos, sangrados rectal o anal, o cualquier otra enfermedad en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado (Hepatitis A, B, C; Insuficiencia Hepática u otras Hepatopatías), vesícula, páncreas o bazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Es Ud. Fumador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Cuántos cigarrillos fuma al día? <input type="text"/> Desde hace cuantos años? <input type="text"/>		
e) Enfermedades renales Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si dejó, ¿Cuántos cigarrillos por día fumaba y durante cuántos años?		
_____			Indique tratamiento actual contra el cigarrillo:		
f) Enfermedades óseas o musculares Gota, artritis, reumatismo, artrosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está o estuvo bajo tratamiento médico durante los últimos cinco (5) años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			¿Desde que fecha?		
g) Enfermedades de la sangre Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemias o cualquier otra enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por qué?		
_____			¿Qué medicamentos toma? Indicar dosis y frecuencia		
h) Procesos cancerosos Cáncer, quistes malignos, tumores, u otras lesiones de igual naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			¿Le practicaron estudios? ¿Cuáles? (Indique su resultado)		
i) Otras enfermedades			_____		
• Bocio, colesterol elevado, sífilis, diabetes o cualquier enfermedad de las glándulas endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál es su estatura? _____ mts. ¿Cuál es su peso actual? _____ kg.		
• Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene Ud. conocimiento de que en su familia haya habido casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer, diabetes, tuberculosis, enfermedades del corazón o renales? Indicar grado de parentesco, si están vivos y edad actual o al fallecimiento		
• Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
• El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o Condiciones Relacionadas al SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
• Alguna otra enfermedad o síntoma no indicados ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____			Tratándose de mujer:		
_____			¿Tiene Ud. conocimiento de estar padeciendo o haber padecido alguna enfermedad del útero, ovarios o mamas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Si Ud. posee conocimiento de estar embarazada a la fecha de la presente solicitud, por favor indique de cuántos meses:		
_____			_____		

Si contesta afirmativamente cualquiera de las preguntas deberá indicarse nombre de la enfermedad, fecha, tratamiento instituido y resultado. Nombre y dirección de los médicos consultados y en caso de afecciones curadas, si han o no quedado secuelas, como así también cualquier otro dato que permita una mejor apreciación del riesgo:

¿Autoriza a FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A. a solicitar informes de su salud y revelación del secreto profesional a los médicos que le han atendido? SI NO

IMPORTANTE: En función de los elementos recibidos, nuestra asesoría médica determinará si corresponde pedir exámenes médicos adicionales, aplazar o rechazar la solicitud.

Composición del grupo familiar a asegurar:

Nombre y Apellido del Titular	CUIL	Sexo F/M	Fecha Nacimiento
Nombre y Apellido del Cónyuge	CUIL	Sexo F/M	Fecha Nacimiento

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y Aclaración del Titular

