



CUESTIONARIO DE SALUD MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL UNIÓN PROTECTORA

Cuestionario de Salud					
Nombre del Solicitante:		D.N.I.:			
		SI	NO		
1.- Por favor indique si usted padece, ha padecido o está bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones o enfermedades					
a) Asma, enfisema, bronquitis, sinusitis u otra afección del sistema respiratorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Tensión arterial alta, angina de pecho, varices, infarto del miocardio u otras afecciones de corazón o del sistema circulatorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Cefaleas, desmayos, epilepsia, convulsiones u otra afección el cerebro o del sistema nervioso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) Afecciones del estomago, intestinos, hígado, vesícula, apéndice u otras de las vías digestivas. Trastornos de la sangre, tumores, cáncer, hemorroides		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) Trastornos endocrinos o tiroideos o de las glándulas mamarias; diabetes; sida		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f) Albúmina o sangre en la orina u otra afección de las vías urinarias (riñones, vejiga, próstata). Alteraciones menstruales u otras afecciones ginecológicas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g) Afecciones de los músculos, huesos o articulaciones, artritis, gota, hernias.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h) Defectos físicos o trastornos del desarrollo psíquico y somático		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i) Afecciones de la piel, oídos, nariz y garganta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j) Cualquier otra enfermedad, lesión, operación o deformidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.- Para la mujer: ¿Está usted embarazada?					
Nº de Cesáreas: Nº de Abortos:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.- ¿Se encuentra en buen estado de salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
De detalles en caso de respuesta negativa:					
4.- ¿Es fumador? ?. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso afirmativo, indique la cantidad de cigarrillos que consume diariamente:					
5.- Adicionalmente a las enfermedades mencionadas anteriormente, en los últimos cinco años					
a) Ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por alguna enfermedad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Ha padecido alguna enfermedad por la cual no haya recibido atención médica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Ha sido examinado por un médico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) Le han recomendado practicarse alguna intervención que esté pendiente de ejecutarse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) Le han practicado exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas o análisis de laboratorio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. En Caso de respuesta positiva a una o mas preguntas, por favor, describa a continuación detalles completos:					
Nº	Diagnostico	Tratamiento o Intervención	Fecha	Resultado	Institución Hospitalaria
7.- ¿Practica o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Cuál?					
En Santiago, a de de 20					
Firma del Solicitante					