



Mutualidad de Previsión Social Unión Protectora

Rua Hórreo,19-1º Izda, Esc-B
15702 Santiago de Compostela - A Coruña

CUESTIONARIO DE SALUD

Asegurado

Nombre y Apellidos: _____

N.I.F./N.I.E.: _____ Fecha de Nacimiento: / /

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Cuánto pesa? _____ Kg. ¿Cuánto mide? _____ Cm.

Hábitos

	Si	No
Fuma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace deporte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace régimen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Visita al dentista? Veces/año _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma Drogas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigue alguna Medicación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular,...?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realice una breve explicación sobre las respuestas afirmativas:

Intervenciones quirúrgicas	Si	No
¿Ha sido operado alguna vez?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	Tipo operación	Secuelas

Ingresos médicos	Si	No
¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad o accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Año	Enfermedad o Proceso	Días de ingreso

Declare sus últimas tres visitas al médico		
Fecha	Motivo de la visita	Especialista

¿Ha tenido embarazos? _____ ¿Cuántos? _____ ¿Abortos? _____ ¿Cuántos? _____

Describe aquí las últimas pruebas y análisis que se ha realizado

¿Padece alguno de los siguientes procesos, patologías o enfermedades?

	Si	No		Si	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portador del virus VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enf. Endocrinas (Tiroides.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litiasis, "piedras"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental / nerviosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Neurológicas (Parkinson, Alzh.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miopía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras Enfermedades Oculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de Oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis / Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Reumáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enf. Aparato Digestivo (úlceras,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Defecto en piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina / infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varices/Otras Enf. Vasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enfermedades Cardiacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Óseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión columna/rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras Enf. Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma - Alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describe aquí los procesos afirmativos que ha declarado:

Mutualidad de Previsión Social UNION PROTECTORA elude la asistencia derivada de la atención de patologías, situaciones o procesos anteriores a la contratación de la póliza o presentes en el momento de dicha contratación, no declarados en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones. El abajo firmante autoriza expresamente a la Entidad Mutualidad de Previsión Social UNION PROTECTORA a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la transcendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya que prestar su asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y tratamientos seguidos en cada caso a través de esta Entidad. De acuerdo con el Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose Mutualidad de Previsión Social UNION PROTECTORA la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

En _____ a _____ de _____ de 20.....

Edo. D./Dña..... En nombre propio

N.I.E.:

Mediante su firma, el Tomador del Seguro declara haber recabado y obtenido el consentimiento expreso de cada uno de los asegurados/miembros del grupo familiar, con la finalidad de incorporar al presente cuestionario todos los datos de salud relativos a los mismos.