

SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

CUESTIONARIO DE DIABETES

Nombre del Asegurado propuesto		Fecha de nacimiento	Monto de seguro contemplado	
Ocupación		Altura ____ mts. ____ cms.	Peso _____ kgs.	Peso hace dos años _____ kgs.
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS	SI	NO	DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS	
1. ¿Le han dicho alguna vez que usted ha tenido diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y dirección del doctor que hizo el diagnóstico	
2. ¿Es su orina normalmente azúcar libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del diagnóstico	
3. ¿Ha tenido una prueba de azúcar en la sangre alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuándo?	¿Cuál fue el resultado?
4. ¿Está usted recibiendo tratamiento o está usted bajo supervisión médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre y dirección de su doctor	
5. ¿Se encuentra usted ahora a dieta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Proteína _____ grms.	Grasa _____ grms.
6. ¿Está usted tomando ahora insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carbohidratos _____ grms.	
7. ¿Está usted tomando drogas orales para el control de su diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cantidad	
8. ¿Ha usted discontinuado sus medicamentos o dieta alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de dosis	
9. ¿Lo han tratado alguna vez por coma diabética, acidosis o reacción de insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explique	
10. ¿Ha tenido usted alguna vez			Explique	
(a) cualquier problema de la vista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(b) problema del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(c) presión arterial alta?				
(d) repetición o prolongación de enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. ¿Le han hecho un electrocardiograma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha
				¿Fue normal?
12. ¿Le han tomado una radiografía del tórax?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha
				¿Fue normal?

Todas las declaraciones y respuestas que aparecen arriba son correctas y exactas a mi leal saber y entender y las mismas serán consideradas como parte de mi solicitud de seguro de vida.

Firmada en _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma del testigo

Firma del Asegurado propuesto

SEGURO INDIVIDUAL DE VIDA

REPORTE DEL MEDICO TRATANTE – “DIABETES O DIABETES MELLITUS”

NOMBRE DEL ASEGURADO PROPUESTO _____

Fecha de nacimiento	Edad aparente	Altura mts. cms.	Peso kgs.
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI NO		DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS	
1. ¿Considera usted al paciente un diabético?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Suave Moderado Severo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fecha del primer diagnóstico
2. ¿Ha cambiado en peso en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Peso hace dos años	Peso hace cinco años
3. ¿Está el paciente a dieta actualmente?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Proteína gms.	Grasa Carbohidratos gms. gms.
4. ¿Está el paciente tomando o ha tomado insulina u otra droga hipoglicémica alguna vez?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo	Dosificación presente Unidades
		Dosificación hace un año Dosificación hace dos años	
5. ¿Han tratado al paciente alguna vez por acidosis diabética o reacción a la insulina?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fechas y detalles	
6. ¿Le han hecho un electrocardiograma? (si disponible, ¿podemos prestarlo? Lo devolveremos rápidamente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Po quién?	Fecha ¿Fue normal?
7. ¿Le han tomado radiografías del tórax?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Por quién?	Fecha ¿Fue normal?
8. ¿Existe alguna evidencia actual o pasada de			
(a) enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(b) enfermedades renales?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(c) cualquier enfermedad que se ha repetido o prolongado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(d) infecciones (diviosos, dientes, amígdalas)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
(e) tuberculosis pulmonar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
9. La orina en ayunas está libre de azúcar y acetona?			
10. Existe algún cambio oftalmológico?			
11. Existen pulsaciones en las principales arterias (tibial posterior, tobillo, región inguinal)?			
12. ¿Existe alguna anormalidad neurológica o sensorial?			
13. Exámenes recientes de glucosa en ayunas			
14. Examen de tolerancia glucosa o glicohemoglobina A ₁ C reciente			
15. Presión arterial más alta registrada			
16. ¿Lo visita el paciente a usted regularmente?	17. ¿Sigue el paciente sus instrucciones consistentemente?		18. Fecha de la última consulta
19. Observaciones:			

Fecha

Firma



(A ser completado por el médico del paciente)

MÉDICO DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

ASEGURADO PROPUESTO:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Ocupación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Estatura: _____ Peso _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

1. ¿Desde cuándo conoce y/o trata al paciente? _____

2. ¿Cuándo fue diagnosticada y tratada por primera vez la diabetes o diabetes mellitus y qué procedimientos para diagnóstico fueron utilizados? Por favor, indique fechas y resultados

3. ¿Qué tratamiento fue prescrito? (Si dieta solamente, por favor describa la naturaleza de la dieta).

Si fue tratamiento oral, por favor informe el medicamento y la dosis _____

Si fue insulina, por favor informe el tipo y la dosis _____

4. Alguna vez le ha sido cambiado el tratamiento? (Si la respuesta es positiva, por favor dé detalles)

5. Con qué frecuencia usted controla la diabetes o diabetes mellitus al paciente?

6. Cómo controla el paciente su condición?

7. Ha tenido el paciente alguna vez coma diabética o insulínica? (Si la respuesta es positiva, favor informar el tratamiento prescrito y el nombre del hospital donde fue tratado).

8. Favor indique los resultados de los últimos dos (2) años y dentro de los últimos tres (3) meses de los niveles de:

- Azúcar en sangre en ayunas: _____
- Azúcar en sangre dos horas después de una carga de glucosa: _____
 - Acetonuria: _____
 - Glicosuria: _____
 - Microalbuminuria: _____
 - Peso: _____
 - Cambios fundoscópicos de la retina: _____
 - Presión arterial: _____
 - Pulsaciones por minuto: _____

Por favor clasifique el tipo de Diabetes _____

9. Indique la fecha y los resultados del último electrocardiograma (en reposos y/o de esfuerzo "Stress Test") y radiografía del tórax

10. Existe la presencia de factores de riesgo o posibles complicaciones futuras? Si es afirmativo, por favor suministre detalles

11. Hay historia familiar positiva de diabetes o diabetes mellitus, enfermedades coronarias, cerebro vascular o enfermedad arterial periférica? Si es afirmativo, por favor suministre detalles.

12. Conoce de cualquier otra dolencia diagnosticada y/o tratada en el pasado o presente, tales como hipertensión arterial, enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebro vascular o arterial periférica, nefropatía diabética, retinopatía diabética, neuropatía diabética autónoma, etc.? _____ Si es afirmativo, por favor suministre detalles

13. ¿Es el paciente fumador? _____ Si es afirmativo, por favor indique desde cuándo y cuántos cigarrillos por día. Si el paciente no es fumador pero lo fue, indique hace cuánto tiempo y cantidad de cigarrillos que fumaba por día.

14. ¿Cuál es el promedio de ingestión de bebidas alcohólicas del paciente?

Firma del Médico

Fecha

NOTA: El presente cuestionario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con Resolución No. SBS-INSP-2006-152 del 12 de abril de 2006.