

FORMULARIO DE EVALUACION MEDICA

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO PROPUESTO

1 1.A NOMBRE COMPLETO _____ 1.B FECHA DE NACIMIENTO _____
 1.C DIRECCION _____ mes día año
 1.D ESTADO CIVIL _____ 1.E SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____ 1.F OCUPACION _____
 1.G NOMBRE Y DIRECCION DEL ULTIMO MEDICO CONSULTADO _____
 1.H FECHA, RAZON Y RESULTADO DE LA ULTIMA CONSULTA: _____
 1.I TRATAMIENTO Y/O MEDICINAS RECETADAS: _____
 1.J NOMBRE Y DIRECCION DE SU MEDICO PERSONAL: _____
 1.K FAVOR DETALLE CUALQUIER ENFERMEDAD POR LA CUAL HAYA SIDO HOSPITALIZADO: _____
 1.L ¿ESTA USTED RECIBIENDO ACTUALMENTE TRATAMIENTO POR ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES QUE MENCIONO ARRIBA, INCLUYENDO MEDICAMENTOS?
 SI NO

HISTORIAL CLINICO

HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS O ENFERMEDADES O HA RECIBIDO TRATAMIENTO A CAUSA DE ELLAS?

2

<p>2.A TRASTORNOS DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA, VISION BORROSA. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.B MAREOS, DESMAYOS CONVULSIONES, DOLOR DE CABEZA, DEFECTOS DEL HABLA, PARALISIS O EMBOLIA, TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.C DIFICULTAD A: RESPIRAR, RONQUERA O TOS PERSISTENTE, ESCUPIR SANGRE, BRONQUITIS, PLEURESIA, ASMA ENFISEMA, TUBERCULOSIS, NEUMONIA, COAGULOS DE SANGRE EN LOS PULMONES, CUALQUIER OTRO TRASTORNO RESPIRATORIO. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.D DOLOR DE PECHO, DIFICULTAD AL RESPIRAR, PALPITACIONES, HIPERTENSION, FIEBRE REUMATICA, MURMULLO CARDIACO, ATAQUE CARDIACO O CUALQUIER OTRO TRASTORNO DEL CORAZON O DE LOS VASOS SANGUINEOS. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.E INDIGESTION CRONICA O ACIDEZ, CAMBIO EN SUS HABITOS DE EVACUACION, SANGRE EN LAS HECEAS, ICTERICIA, HEMORRAGIA INTESTINAL, ULCERA, HERNIA, ENFERMEDAD DE KROHN, COLITIS, ENFERMEDAD DEL PANCREAS, DIVERTICULITIS, TRASTORNOS RECTALES O CUALQUIER OTRO TRASTORNO DEL ESTOMAGO, INTESTINOS, HIGADO O VESICULA. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.F TRASTORNO DE LOS RIÑONES, VEJIGA, PROSTATA U ORGANOS REPRODUCTORES, TALES COMO AZUCAR, ALBUMINA DEL SUERO SANGUINEO O PUS EN LA ORINA, SIFILIS U OTRA ENFERMEDAD VENEREA, CALCULOS RENALES, INFECCION EN LA PROSTATA, O CANCER DE LA PROSTATA, ORGANOS REPRODUCTORES, DIABETES, PROBLEMA DE TIROIDES, GLANDULAS ADRENALES, QUISTES O TUMORES PITUITARIOS O CUALQUIER OTRO TRASTORNO ENDOCRINO. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.G TRASTORNO DE LOS MUSCULOS, HUESOS O SISTEMA NERVIOSO, MARCHA INESTABLE, NEURITIS, CIATICA, PARALISIS, ARTRITIS, REUMATISMO, ESCLEROSIS MULTIPLE, DISTROFIA MUSCULAR, COJERA, AMPUTACION, EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE LA EXTREMIDAD. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.H TRASTORNO INMUNOLOGICO O SANGUINEO TALES COMO ANEMIA, LEUCEMIA, ENFERMEDAD DE HODKIN, CANCER, SIDA O ARC (COMPLEJO ASOCIADO CON SIDA), O QUE SE LE HA HECHO UN ANALISIS PARA SIDA O ARC QUE RESULTO POSITIVO. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>2.I TRASTORNOS MENTALES TALES COMO DEPRESION, PSICOSIS, ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS OBSESIVOS/COMPULSIVOS, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, TRASTORNOS DISOCIATIVOS, PERSONALIDAD MULTIPLE, ANOREXIA, BULIMIA, O CUALQUIER OTRO TRASTORNO NO MENCIONADO ACUI. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.J HA PERDIDO O AUMENTADO BRUSCAMENTE 10 LIBRAS (4.5 KG) DE PESO EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.K APARTE DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE, EN LOS ULTIMOS CINCO (5) AÑOS (K1) HA TENIDO UN CHEQUEO, CONSULTA, ENFERMEDAD, HERIDA, CIRUGIA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (K2) HA SIDO PACIENTE DE UN HOSPITAL, CLINICA, SANATORIO U OTRA INSTITUCION MEDICA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (K3) HA TENIDO ELECTROCARDIOGRAMAS, RADIOGRAFIAS U OTRA PRUEBA DIAGNOSTICA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (K4) HA SIDO ACONSEJADO A SOMETERSE A ALGUNA PRUEBA DIAGNOSTICA, HOSPITALIZACION O CIRUGIA, QUE NO SE HAYA LLEVADO A CABO ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.L TIENE CONOCIMIENTO DE PADECER ALGUNA ENFERMEDAD O LESION A LA QUE NO SE HAYA ALUDIDO DIRECTAMENTE EN ESTE CUESTIONARIO ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.M SE LE HA PRORROGADO, RECHAZADO O DADO DE BAJA DEL SERVICIO MILITAR A CAUSA DE ALGUNA CONDICION FISICA O MENTAL. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.N HA SOLICITADO O RECIBIDO ALGUNA VEZ PENSION, BENEFICIO O PAGO POR ALGUNA HERIDA, ENFERMEDAD O INCAPACIDAD ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLO PARA MUJERES</p> <p>2.O HA TENIDO SINTOMAS O HA SIDO TRATADA ALGUNA VEZ POR ALGUN TRASTORNO DE LA MENSTRUACION, DEL EMBARAZO, DE ORGANOS FEMENINOS O DE LOS SENOS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>2.P ESTA USTED EMBARAZADA EN ESTOS MOMENTOS ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
--	---

RESPUESTAS FALSAS O INCOMPLETAS PONDRAN EN RIESGO TODOS LOS BENEFICIOS DEL CONTRATO

HISTORIA FAMILIAR

3 ¿HAN TENIDO ALGUNA VEZ LOS PADRES, HERMANOS O HERMANAS TUBERCULOSIS, DIABETES, CANCER, HIPERTENSION, ENFERMEDAD DE KROHN, EMBOLIAS, ENFERMEDAD DEL CORAZON O DE LOS RIÑONES, TRASTORNOS MENTALES O HAN INTENTADO SUICIDARSE ? SI NO

PARENTESCO	EDAD SI VIVE	EDAD AL MORIR	CAUSA DE LA MUERTE
PADRE			
MADRE			
HERMANOS			
HERMANAS			

DECLARO QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE FORMULARIO DE EXAMEN MEDICO, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER, SON PRECISAS, FIELES Y EXACTAS, Y QUE NO ESTOY EN CONOCIMIENTO DE NINGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDA AFECTAR EL RESULTADO DE LA EVALUACION DE LA COMPAÑIA CON RELACION A MI SOLICITUD PARA OBTENER UN PLAN DE SALUD. DECLARO POR ESTE MEDIO QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO QUE EN CASO DE OMISSION O DE INFORMACION EQUIVOCADA CON RELACION A MI ESTADO DE SALUD, LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE INVALIDAR LA COBERTURA DE ESTE CONTRATO; AUTORIZO ASI MISMO A LA COMPAÑIA A OBTENER INFORMACION ACERCA DE MI SALUD DE MEDICOS, CLINICAS U HOSPITALES, ASI COMO DE OTRAS COMPAÑIAS DE SEGUROS QUE PUEDAN OFRECER INFORMACION SOBRE MI PERSONA, Y QUE DICHAS PERSONAS O INSTITUCIONES QUEDAN AUTORIZADAS A SUMINISTRAR LA REFERIDA INFORMACION. (EN CASO DE QUE ESTA SOLICITUD SEA DE UN MENOR DE EDAD, DEBERA SER FIRMADA POR UNO DE SUS PADRES O REPRESENTANTE LEGAL)

FECHADA EN _____ EL DIA _____ DE _____ DE 200 _____

TESTIGO _____ AFILIADO PROPUESTO _____

(FIRMA DEL MEDICO EXAMINADOR)

QUITO: Calle Suecia y Av. de Los Shyris, Edif.: Renazzo Plaza, Planta Baja • PBX: (593 2) 29 41 400
GUAYAQUIL: Parque Emp. Colón, Av. Jaime Roldós Aguilera • Edif. Corporativo 2, Piso 1 • PBX: (593 4) 37 17 600

www.bmi.com.ec

4. A. ESTATURA _____ M. 4. B. PESO _____ LBS. PECHO 4. C. (INSPIRACION) _____ CMS. 4. D. (ESPIRACION) _____ CMS. A. E. ABDOMEN (EN EL OMBLIGO) _____ CMS.

4. F. ¿LO(LA) PESO? SI NO 4. G. ¿LO(LA) MIDIO? SI NO
 4. H. ¿TIENE APARIENCIA ENFERMIZA O MAYOR QUE SU EDAD?

5. A. PRESION ARTERIAL (SI MAYOR DE 140 O 90, REPORTE VARIAS LECTURAS)

	1	2	3
SISTOLICA			
DIASTOLICA			

5. B. ¿HA RECIBIDO EL ASEGURADO PROPUESTO ALGUN TRATAMIENTO CON DROGAS POR HIPERTENSION? SI NO
 5. C. ¿HAY EVIDENCIA DE ARTERIOESCLEROSIS? SI NO

DESPUES DEL INTERROGATORIO Y EXAMEN MINUCIOSO, ENCUENTRA USTED INDICIOS DE ANOMALIAS PASADAS O PRESENTES EN CUANTO A:

6. A. SISTEMA CARDIO VASCULAR?
 6. A. 1 RUIDOS DEL CORAZON - CUALIDAD, SOPLOS, ETC. _____ SI NO
 (USESE ESTETOSCOPIO SOBRE EL PECHO DESCUBIERTO, ANTES Y DESPUES DEL EJERCICIO: SENTADO, ACOSTADO Y EN DECUBITO LATERAL IZQUIERDO)
 6. A. 2 TAMAÑO DEL CORAZON _____ SI NO
 6. A. 3 PULSO - RITMO - CARACTER _____
 EN REPOSO _____ DESPUES DE TOCAR 10 VECES LOS PIES 2 MINUTOS MAS TARDE
 FRECUENCIA _____
 6. A. 4 CIRCULACION - DISNEA, EDEMA, DOLOR SUGESTIVO, ETC _____ SI NO

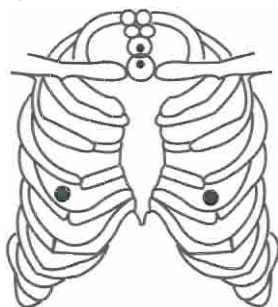
DIAGRAMA DEL CORAZON - LLENE EL, DIAGRAMA DEL CORAZON SI ENCUENTRA ANOMALIAS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR Y SI LA PRESION SISTOLICA EXCEDE DE 150 Y LA DIASTOLICA DE 90.

7. A. ¿TIENE UN SOPLO? _____
 7. B. ¿QUE EFECTO TIENE EL EJERCICIO SOBRE EL SOPLO? _____
 7. C. ¿QUE EFECTO TIENE EL CAMBIO DE POSICION SOBRE EL SOPLO? _____
 7. D. ¿SE IRRITA EL SOPLO? _____ ¿A DONDE? _____

FASE	INTENSIDAD	CUALIDAD
SISTOLICA <input type="checkbox"/>	DEBIL <input type="checkbox"/>	SUAVE <input type="checkbox"/>
PRESISTOLICA <input type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>	SILBANTE <input type="checkbox"/>
DIASTOLICA <input type="checkbox"/>	FUERTE <input type="checkbox"/>	SORDO <input type="checkbox"/>

7. E. ¿HAY ALGUN FREMITO? _____
 7. F. ¿SE DILATA EL CORAZON? _____
 7. G. ¿SE ACENTUA ANORMALMENTE LOS RUIDOS DEL CORAZON? _____
 7. H. ¿HAY EVIDENCIAS DE DESCOMPENSACION? _____

8. INDIQUE EN EL DIAGRAMA LA POSICION DEL VERTICE, PUNTO DE MAXIMA INTENSIDAD DEL SOPLO, LOCALIZACION, E IRRADIACION DEL MISMO



9. ¿SU EXAMEN INDICA ALGUNA ANOMALIA PASADA O PRESENTE EN LO SIGUIENTE? (TRACE UN CIRCULO ALREDEDOR DE LOS CASOS PERTINENTES Y DE DETALLES)

9. A. OJOS, OIDOS, NARIZ, BOCA, LARINGE (SI LA VISION O EL OIDO ESTAN DETERIORADOS, INDIQUE EN QUE GRADO Y CORRECCION). SI NO
 9. B. PIEL, (INCLUYA CICATRICES, GANGLIOS LINFATICOS, VENAS VARICOSAS O ARTERIAS PERIFERICAS). SI NO
 9. B. SISTEMA NERVIOSO (INCLUYA REFLEJOS, PARALISIS, DEBILIDAD O TEMBLORES, ESTADO MENTAL, ETC.) SI NO
 9. D. SISTEMA RESPIRATORIO (DEFORMIDAD DEL TORAX, ENFISEMA, EXTERIORES, ETC.) SI NO
 9. E. ABDOMEN, VISCERAS, GENITALES EXTERNOS, TAMAÑO DEL HIGADO Y DEL BAZO, CICATRICES QUIRURGICAS. SI NO
 9. F. SISTEMA GENITO-URINARIO (INCLUYA LA PROSTATA) SI NO
 9. G. SISTEMA ENDOCRINO (INCLUYA TIROIDES Y SENOS) SI NO
 9. H. SISTEMA MUSCULAR Y OSEO (INCLUYA ESPINA DORSAL, ARTICULACIONES, AMPUTACIONES Y DEFORMIDADES). SI NO
 9. I. HAY HERNIAS? SI NO
 9. J. SABE USTED DE ALGUNA HISTORIA MEDICA ADICIONAL? SI NO

SIRVASE DAR DETALLES COMPLETOS SOBRE CUALQUIER ANOMALIA QUE ENCUENTRE DURANTE EL INTERROGATORIO O EXAMEN, INCLUYA ADEMAS SUS RECOMENDACIONES PARA PRUEBAS O INVESTIGACIONES ADICIONALES. EN CASO DE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA SUMINISTRE DETALLES.

HE EXAMINADO AL AFILIADO PROPUESTO EN _____ A LAS _____ AM/PM _____
 (LUGAR DONDE SE EFECTUO EL EXAMEN)

DEL DIA _____ DE _____ DE 200 _____

DIRECCION DEL MEDICO EXAMINADOR _____ NOMBRE DEL MEDICO EXAMINADOR _____

¿ES USTED MEDICO EXAMINADOR APROBADO POR LA COMPAÑIA SI NO FIRMA DEL MEDICO EXAMINADOR _____

NOMBRE DEL AGENTE QUE SOLICITA EL EXAMEN _____

