



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA AUTOSEGURO

1. Nombre: _____ No. Identidad: _____
2. Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Lugar de Nacimiento: _____
3. Residencia actual: _____
4. Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
5. Sexo F M Estado civil: _____ Ocupación: _____
6. Recibe Cobertura médica en: IHSS Otros hospitales _____
7. Afiliado: Jubilado: Pensionado Peso lbs: _____ Estatura: _____ sangre tipo: _____
- Centro donde Presta sus Servicios: _____ Monto Solicitado L. _____

Declaración de Antecedentes de Salud

1. ¿Ha consultado a algún médico en los últimos 12 meses? _____ Sí ___ No ___
2. ¿Le han detectado diabetes, cáncer, tumores, quistes, presión alta? _____ Sí ___ No ___
3. ¿Algún familiar como: **Padre, Madre, Hermanos, Abuelos ó Tíos**, padecen de lo antes mencionado Ítem No.2 **De ser afirmativa de su respuesta en el Numeral No.18** _____ Sí ___ No ___
4. ¿Ha tenido enfermedad del corazón, pulmones, vías respiratorias? _____ Sí ___ No ___
5. ¿Enfermedad de los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas? _____ Sí ___ No ___
6. ¿Ha tenido, sufrido o padecido depresión, ansiedad o enfermedad mental? _____ Sí ___ No ___
7. ¿Se le ha practicado o avisado de alguna operación quirúrgica? _____ Sí ___ No ___
8. ¿Tiene alguna incapacidad física? _____ Sí ___ No ___
9. ¿Toma algún medicamento? De el nombre _____ Sí ___ No ___
10. ¿Ha recibido alguna vez atención médica o tratamiento médico por síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o alguna enfermedad relacionada con esta? _____ Sí ___ No ___
11. ¿Fuma? ¿Cuántos cigarrillos o habanos al día? _____ Sí ___ No ___
12. ¿Ingiere licor? Indique la frecuencia por día y semana? _____ Sí ___ No ___
13. ¿Padece de Enfermedades Osteorriticas (Columna, articulaciones, cervical) _____ Sí ___ No ___
14. ¿Le falta alguna parte u órgano del cuerpo (especifique)? _____ Sí ___ No ___
15. ¿Esta Ud. Embarazada? ¿Cuántos meses? _____ Sí ___ No ___
16. Nombre del ginecólogo (si es mujer) _____
17. Nombre el último médico que lo atendió y teléfonos _____
18. Si cualquiera de las respuestas a las preguntas 1 a la 14 es afirmativa, favor detallar a continuación e Indique: Fechas y Diagnósticos. _____

Fecha _____ de _____ del 20____

Firma Asegurado _____