

I. DATOS DEL EMPLEADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada		
Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año
Tarjeta de Identidad No.:			Extendida en:			

II. DATOS DE LOS DEPENDIENTES

Conyugue	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada		
	Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento:	Día	Mes	Año
	Tarjeta de Identidad No.:			Extendida en:			
	Lugar de Trabajo:						
Hijos	Nombre completo				Fecha de nacimiento		

III. HISTORIA Y ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre y dirección del(los) médico(s) que atienden regularmente a los miembros de la familia.

¿Su capacidad de trabajo esta reducida? SI NO

¿Porqué? ¿Desde cuando?

¿Ha estado ud. incapacitado en los últimos 5 años, durante 3 semanas consecutivas? SI NO

¿Duración? ¿Motivo?

¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabéticos u otras enfermedades de posible carácter hereditario? SI NO

¿Cuáles enfermedades?

¿Quién o quiénes de sus familiares han padecido dichas enfermedades?

IV. ENCERRAR LA RESPUESTA EN CIRCULO

LETRA	HA PADECIDO O PADECE DE: EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS	RESPUESTAS				NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
		EMPLEADO		DEPENDIENTES		
a)	¿Enfermedad o defecto de la vista, nariz o garganta?	SI	NO	SI	NO	
b)	¿Desmayos mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar o parálisis, embolia.?	SI	NO	SI	NO	
c)	¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis?	SI	NO	SI	NO	
d)	¿Dolores, de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas?	SI	NO	SI	NO	
e)	¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estomago, intestino, hígado o vesícula?	SI	NO	SI	NO	
f)	¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, páncreas, hernia, trastorno urinario, recto y órgano reproductivo?	SI	NO	SI	NO	
g)	¿Diabetes, tiroide y otro trastorno endocrinólogo?	SI	NO	SI	NO	

LETRA	HA PADECIDO O PADECE DE: EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS	RESPUESTAS				NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
		EMPLEADO		DEPENDIENTE		
b)	¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	SI	NO	
i)	¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal?	SI	NO	SI	NO	
j)	¿Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor y/o cáncer?	SI	NO	SI	NO	
k)	¿Alergias, anemias o cualquier otro trastorno de la sangre?	SI	NO	SI	NO	
l)	¿Trastorno del sistema inmune?	SI	NO	SI	NO	
m)	¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	SI	NO	
n)	¿Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad, herida o cirugía?	SI	NO	SI	NO	
o)	¿Ha estado alguna vez en hospital, clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento?	SI	NO	SI	NO	
p)	¿Ha consultado un médico durante los últimos 12 meses?	SI	NO	SI	NO	
q)	¿Le han efectuado un electrocardiograma, rayos x o cualquier otro exámen para diagnóstico?	SI	NO	SI	NO	
r)	¿Le ha sido recomendado hacer algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía, que no haya sido realizado?	SI	NO	SI	NO	
s)	¿Esta usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos incluyendo marihuana, narcóticos o cualquier otra droga o alcohol?	SI	NO	SI	NO	
t)	¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	

SOLO PARA MUJERES

u)	¿Trastornos femeninos, órganos reproductivo, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	SI	NO	SI	NO	
v)	¿Operación cesárea?	SI	NO	SI	NO	
w)	¿Toma usted, anticonceptivos o emplea dispositivo intrauterino (DIU)?	SI	NO	SI	NO	
	¿Está usted, embarazada? ¿De cuantos meses?	SI	NO	SI	NO	
	¿El embarazo transcurre normalmente?	SI	NO	SI	NO	
	¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica (ovarios, senos, etc.)	SI	NO	SI	NO	

V. DE LAS RESPUESTAS CONTESTADAS AFIRMATIVAMENTE, DÉ DETALLES A CONTINUACIÓN.

PREGUNTA	PERSONA A QUIEN APLICA	DOLENCIA O TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	FECHA
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO		NOMBRE DEL HOSPITAL	

PREGUNTA	PERSONA A QUIEN APLICA	DOLENCIA O TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	FECHA
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO		NOMBRE DEL HOSPITAL	

PREGUNTA	PERSONA A QUIEN APLICA	DOLENCIA O TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	FECHA
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO		NOMBRE DEL HOSPITAL	

PREGUNTA	PERSONA A QUIEN APLICA	DOLENCIA O TRATAMIENTO	ESTADO ACTUAL	FECHA
DURACIÓN	NOMBRE DEL MÉDICO		NOMBRE DEL HOSPITAL	

VI. OTROS DATOS

¿Quién es su médico de cabecera?

¿Quién es el médico que lo ha tratado por última vez? ¿Cuándo? y ¿Porqué?

¿Tiene alguna cosa que declarar sobre su salud?

VII. AUTORIZACIÓN

Autorizo por este medio a los Médicos, Hospitales, Clínicas Privadas, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Dirección de Medicina Forense del Ministerio Público y Laboratorios que me hayan asistido o reconocido o que puedan asistirme o reconocirme en el futuro, con respecto a mi salud, alcoholemia, autopsia y otros procedimientos de tipo legal, para que suministren a la Compañía de Seguros las informaciones que ésta requiera en relación al Seguro que solicito, relevándoles de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona, queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como la original.

VIII. DECLARACIÓN

Convengo que las presentes DECLARACIONES son exactas y verídicas y forman parte de la solicitud dirigida a la Compañía de Seguros para ingresar a la póliza de Seguro Colectivo Médico Hospitalario.

Lugar y fecha:

Nombre de la Empresa Contratante:

Firma Empresa Contratante	Firma Empleado o Asegurado	Firma Autorizada SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (DAVIVIENDA SEGUROS)
---------------------------	----------------------------	---

LA0114