



Nombre completo Edad

Nombre del Médico Tratante

Centro de Salud donde trabaja y teléfono

1. ¿Cuándo se le diagnóstico por primera vez la hipertensión?

d | m | a | a | a

2. ¿Cuáles medicamentos está usando y en qué dosis?

3. ¿Se le ha cambiado la medicación en los últimos 12 meses?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, especifique

4. ¿Ha necesitado internamiento o asistencia de emergencia por esta condición?

Sí No

5. Tiene alguna complicación de salud relacionada a su hipertensión, tales como:

• Enfermedad renal Sí No

• Enfermedad coronaria Sí No

• Insuficiencia cardíaca Sí No

• Derrames cerebrales Sí No

• Otro:

Si su respuesta es afirmativa, especifique

6. Se le ha realizado estudio de diagnósticos para hipertensión arterial, tales como:

• Electrocardiograma Sí No

• Radiografía de tórax Sí No

• Ecocardiograma Sí No

• Control de azúcar Sí No

• Control de lípidos en la sangre Sí No

• Otro:

En caso afirmativo, proporcione toda la información al respecto, incluyendo fecha y resultados de los estudios.

d | m | a | a | a



7. ¿Con qué frecuencia va al médico para una consulta de seguimiento?

8. ¿Cuándo fue la última vez que consultó su médico y los resultados de la presión arterial?

9. Proporcione cualquier otra información adicional que considere útil para la tramitación de su solicitud de seguro

Declaro bajo la más solemne fe del juramento que los datos suministrados anteriormente y contenidos en este cuestionario son verdaderos, correctos y actualizados y que no he omitido ni alterado ninguna información, requerida explícita o implícitamente en este cuestionario. Reconozco que el haber completado y firmado el presente cuestionario no supone la aceptación por parte de WorldWide, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo.

Firma

Fecha