



CUESTIONARIO DE DIABETES

Datos Personales

Nombre

Fecha de nacimiento

día	mes	año		

Intermediario

1. Fecha del diagnóstico

2. ¿Qué tratamiento usa? (Dieta - medicación - Oral) señala tipo de medicamento y dosis.

3. ¿Ha cambiado su tratamiento? Sí No De ser si favor dar detalle.

4. ¿Qué medicinas usa y en qué dosis?

5. ¿Usted se chequea su glicemia con regularidad? Sí No (si contestó si, especificar con qué frecuencia)

Favor suministrar un promedio de lecturas.

6. ¿Cuál fue el resultado de su última hemoglobina glicosilada (HBA1C) y en qué fecha?

7. ¿Ha sido hospitalizado por esta condición? Sí No Suministrar fecha.

8. ¿Ha tenido alguna complicación por su diabetes?

9. ¿Ha dejado de asistir a su trabajo a consecuencia de la enfermedad?

10. Dar detalle de su o sus médicos tratantes.

Nombre del médico	Dirección/teléfono	Fecha de visita	Especialidad

Por la presente certifico que: Todas las preguntas hechas más arriba han sido contestadas de manera completa y conforme a la verdad según mi mejor saber y entender y han acordado que ellas forman parte de la aplicación para el seguro y serán parte de cualquier contrato de seguro suscrito por mi persona.

Fecha

día	mes	año			

Firma propuesto asegurado

Firma del testigo (intermediario)
