

Guatemala ____/____/____

Nombre _____ Fecha nacimiento ____/____/____

Intermediario _____
Código / Nombre

Diagnostico _____ Fecha de diagnóstico ____/____/____

1) Cuales medicamentos está utilizando y en que dosis

- a. _____
- b. _____

2) Se le ha cambiado la medicación en los últimos 12 meses ☐ Si ☐ No

- a. Si respuesta es positiva, por favor dar detalles _____
- _____

3) Ha necesitado internamiento o asistencia de emergencia por esta condición ☐ Si ☐ No

- a. Si respuesta es positiva, por favor dar detalles _____
- _____

4) Tiene alguna complicación en su salud relacionada a la hipertensión, tales como: Enfermedad renal, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, derrames cerebrales, etc. ☐ Si ☐ No

- a. Si respuesta es positiva, por favor dar detalles _____
- _____

5) Usted se auto chequea la presión arterial ☐ Si ☐ No

- a. Si respuesta es positiva, por favor indicar resultados _____
- _____

6) Cuando se chequeo por última vez con su médico tratante y cuál fue la medición de su presión arterial

- a. _____
- _____

7) Médicos que lo tratan:

Nombre de médico	Dirección / Teléfono	Fecha de visita	Especialidad

Certifico por medio de la presente que todas las respuestas han sido contestadas de manera completa y verdadera, según mi mejor saber y entender y estoy de acuerdo con que sean parte de esta aplicación y sean también parte de cualquier contrato de seguro

Firma Propuesto asegurado_____
Firma Testigo