

**INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR
ANAMNESIS DETALLADA**

I. DECLARACIÓN DE LA PERSONA A ASEGURAR

Se solicita al médico examinador que complete el presente formulario. El médico examinador debe pedir una identificación vigente a la persona a asegurar para constatar su identidad. Indique que documento mostró:

<input type="checkbox"/> Cédula de Identidad	<input type="checkbox"/> Pasaporte	No.	<input type="text"/>
Nombre y Apellido		Fecha de Nacimiento	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Profesión		Actividad Profesional Actual	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Calle, Número		Teléfono / Celular	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

	No	Si	Comentarios	
1. ¿Ha habido entre sus familiares directos (padres y hermanos) caso de hipertensión, enfermedad cardíaca circulatoria, diabetes o enfermedades hereditarias antes de los 65 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles?	¿Quién?
2. a. ¿En la actualidad mantiene algún tipo de afección? b. ¿Su capacidad de trabajo está reducida? c. ¿Durante los últimos 5 años ha sido usted dado de baja en su trabajo durante más de 4 meses?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿Cuál? ¿Motivo? ¿Cuándo?	¿Porqué?
3. Alguna vez se ha diagnosticado que padece, o se le ha informado haber tenido o tratado por alguna de las siguientes enfermedades:			¿Cuáles?	¿Cuándo?
a. ¿Del aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis recurrentes o crónicas, neumonía, tuberculosis u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b. ¿Del corazón o del aparato circulatorio tales como: hipertensión, trastornos circulatorios, infarto al miocardio, fallo o insuficiencia cardíaca, palpitaciones, ataque cerebral, fiebicitis, varices y otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c. ¿Del sistema nervioso o psíquico tales como: epilepsia, vértigo, parálisis, neuritis, depresión u otras? Ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d. ¿Del aparato digestivo tales como: hernia hiatal, úlcera del estómago o del intestino, inflamaciones, hemorragias, hemorroides, ictericia, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e. ¿Del aparato urinario o genital tales como: enfermedades de los riñones, de los uréteres, de la vejiga o de la próstata, cálculos, presencia de sangre o de albumina en la orina u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f. ¿Del metabolismo o de la sangre tales como: diabetes, aumento del colesterol, del ácido úrico, enfermedades de la tiroides, trastornos hormonales, anemia de la coagulación u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g. ¿Del sistema inmunitario o enfermedades infecciosas tales como: SIDA, infección VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, enfermedades tropicales u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h. ¿De la piel tales como: eccema, alergias, psoriasis, micosis, cancer u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i. ¿Del aparato locomotor (huesos, articulaciones, columna vertebral, discos intervertebrales, músculos, ligamentos, tendones), artrosis, reumatismo u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j. ¿De los ojos tales como: agudeza visual disminuida, trastornos oculares, afección de la retina u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dioptrias: Izq.	Der.
k. ¿De los oídos tales como: sordera, inflamación u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l. ¿Otras enfermedades, trastornos o molestias no citados anteriormente (por ejemplo: Enfermedad congénita, deformidad, tumor, cáncer, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Para personas del sexo femenino:				
a. ¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.	A. P. C.
b. Indique el número de gestaciones, abortos, partos y cesáreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	¿Fecha?
c. ¿Ha padecido usted alguna afección ginecológica o de glándula mamaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Duración?	¿Curada?

5.	¿Ha sufrido algún accidente, herida o intoxicación que haya requerido una hospitalización o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consecuencias?
6.	a. ¿Le han efectuado alguna exploración, tratamiento u operación en un hospital o en cualquier institución médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Cuál?
	b. ¿Ha sido sometido a una intervención de cirugía plástica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Detalles?
	c. ¿Le han prescrito o está previsto que usted realice una cura dietética, tratamiento de adelgazamiento o aumento de peso, de reposo, de desintoxicación u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d. ¿Tiene usted que ser hospitalizado próximamente o sometido a alguna operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e. En el curso de los últimos 5 años, ha sido usted tratado o aconsejado por: - Un psicoterapeuta (Por ejemplo psiquiatra o psicólogo) - Quiropráctico o fisioterapeuta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f. Le han suministrado o prescrito medicamentos durante más de 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	g. Ha sido usted tratado con sustancias radioactivas o rayos? ¿Ha recibido alguna vez una transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Se ha sometido en el transcurso de los últimos 5 años a exámenes especiales tales como radiografías, ultrasonidos, tomografía, resonancia magnética, electrocardiograma, electroencefalograma, endoscopia, otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Resultados?
8.	Se ha sometido usted a un test de detección de Sica que haya dado positivo o probablemente positivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consecuencias?
9.	a. ¿Practica usted algún deporte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? ¿Frecuencia?
	b. ¿Fuma usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué? ¿Cuántos al día?
	c. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desde qué edad fuma?
	d. ¿Toma usted analgésicos, somníferos, tranquilizantes u otros medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuáles? ¿Cuanto por día?
	e. ¿Consigue usted o ha consumido estupefacientes (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuántos por semana? ¿Desde cuando?
10.	a. ¿Cuál ha sido el último médico que consultó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Cuándo?
	b. ¿En el curso de los últimos 5 años ha consultado algún médico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c. Nombre del mejor médico, que mejor conoce su estado de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas, que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Autorizo a los médicos, a las instituciones médicas y a otras Compañías de Seguro interrogadas por la compañía a darle a esta, las informaciones necesarias por esta propuesta o para la liquidación de un siniestro.

Localidad y Fecha

Firma de la persona a asegurar

II. EXAMEN FISICO

Se ruega al médico dar detalles sobre los estados patológicos o anormales

Señale lo que proceda		No	Si	Médico Examinador: llenar estos campos de forma precisa
11.	a. Fecha de Exámen b. ¿Ha tratado o examinado usted la persona a asegurar? c. ¿Es usted pariente de la persona a asegurar? d. ¿La persona a asegurar tiene un aspecto sano y corresponde a la edad indicada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Cuándo?
12.	a. Talla (descalzo) / Peso (con ropa ordinaria) b. Pecho			Talla: _____ cms. Peso: _____ Kg. IMC: _____ Inspiración: _____ cms. Expiración: _____ cms. Abdomen (en el ombligo): _____ cms.
13.	Piel a. ¿Tiene alguna afección cutánea (Por ejemplo: erupción, tumor, ulceración u otras)? b. ¿Existen cicatrices, nevus sospechosos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Aparato respiratorio a. ¿Tiene ronquera? ¿Tos crónica? b. ¿Hay deformación de la caja torácica? c. ¿La percusión y la auscultación son normales? d. ¿Existen otros síntomas que indiquen una afección del aparato respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desde cuándo? ¿Causa?
15.	Corazón y aparato circulatorio a. ¿El choque la punta es anormal? b. ¿El ruido del corazón (intensidad, desdoblamiento) son anormales? c. ¿Se ausculta algún soplo cardíaco? Caso afirmativo ¿Sistólico? ¿Diastólico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>¿Punto máximo y propagación? ¿El soplo es orgánico?</p> <p>d. Tensión arterial, frecuencia del pulso Si los valores son superiores a 140/90 mm hg. Efectuar una nueva medida.</p> <p>e. ¿El pulso es irregular?</p> <p>f. ¿Los pulsos periféricos bilaterales están ausentes o disminuidos?</p> <p>g. ¿Se perciben soplos vasculares?</p> <p>h. ¿Existen síntomas de insuficiencia o de descompensación cardíaca? (disnea, cianosis, edema)</p> <p>i. ¿Existen varices?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>F.C. _____ F.R. _____</p> <p style="text-align: right;">Sistólica / Diastólica</p> <p>Tensión Arterial _____</p> <p>Segunda Medida _____</p> <p>Tercera Medida _____</p> <p>¿Gravedad? ¿Extensión? ¿Ulceraciones? ¿Cicatrices?</p>
<p>16. Aparato digestivo y abdomen</p> <p>a. ¿La lengua, las mucosas, la faringe y las amígdalas tienen un aspecto normal?</p> <p>b. ¿El examen clínico, la palpación y la percusión del abdomen han revelado algo anormal (estómago, hígado, vesícula biliar, aorta, bazo, intestinos)?</p> <p>c. ¿Existen síntomas de alguna afección del aparato digestivo?</p> <p>d. ¿Hay alguna hernia?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>17. Sistema nervioso / órganos de los sentidos</p> <p>a. ¿Existen indicios de afección de los órganos de los sentidos, esencialmente disminución de la agudeza visual o del oído?</p> <p>b. ¿Reflejos anormales (pupilares, abdominales, rotulianos, aquiliano, babinsky)?</p> <p>c. ¿Hay razones para sospechar presencia de trastornos psíquicos o neurológicos?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>18. Esqueleto / Aparato Locomotor</p> <p>a. ¿Existen malformaciones?</p> <p>b. ¿Hay indicios de una afección de la columna vertebral?</p> <p>c. ¿Hay afecciones de los músculos de las articulaciones o de los huesos?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>19. Diversos</p> <p>a. ¿Hay aumento del volumen de los ganglios linfáticos?</p> <p>b. ¿La glándula tiroidea está agrandada o modificada?</p> <p>c. ¿Hay síntomas de trastornos anormales (Por ejemplo glándulas suprarrenales, gónadas, tiroides)?</p> <p>d. ¿Ha podido usted constatar otras afecciones?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>20.</p> <p>a. ¿Hay indicios de alcoholismo, abuso de tabaco, de medicamentos o consumo de drogas?</p> <p>b. ¿Las actividades y el modo de vida de la persona examinada son perjudiciales para su salud?</p> <p>c. ¿Hay otros factores de riesgo?</p> <p>d. ¿Ha recomendado usted otras medidas (nuevo control, exámenes, tratamiento, modo de vida)?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Médico Examinador: Sirvase asegurar de que no ha omitido nada en sus contestaciones y se le solicita abstenerse de hacer comentarios que pudiera perjudicar la decisión del asegurador.

¿Considera usted que el solicitante es un riesgo normal, dudoso o anormal?

Declaro haber interrogado y examinado a la persona a asegurar y haber respondido con toda buena fe a las preguntas que proceden

Fecha:

Firma y Sello del Médico:

El(la) suscrito(a) entiende, acepta, autoriza y otorga su consentimiento a OPTIMA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., al Grupo Económico al que pertenece, sus socios estratégicos o de negocio, para que accedan, utilicen, compartan, manejen, traten y/o custodien los datos personales, cuando sea requerido, con fines y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y de servicios financieros, lo cual incluye, la comercialización, colocación, negociación y contratación de sus productos, así como también las gestiones operativas relacionadas, tales como, pero no limitadas a temas de cobranzas, renovaciones, manejo de reclamaciones, entre otras, manteniendo siempre la confidencialidad de la información, en concordancia a lo dispuesto en la Ley 81 de 26 de marzo de 2019, Ley 12 de 3 de abril de 2012 y demás disposiciones relacionadas.