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

Médico Examinador: Sírvase 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.

<p>Also 0/90 mm hg.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.C. _____ F.R. _____
<p>Los están ausentes o</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistólica / Diastólica
<p>Insuficiencia o de (cianosis, edema)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tensión Arterial _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segunda Medida _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tercera Medida _____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Gravedad? ¿Extensión? ¿Ulceraciones? ¿Cicatrices?
<p>La lengua y las amígdalas</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>El examen físico y la percusión del normal (estómago, intestinos)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Reflejos del aparato</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Reflejos de los órganos de los sentidos (pupíleros, abdominales, rotulianos, aquiliano, babinski)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>Presencia de trastornos</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>D. ¿Hay indicios de una afección de la columna vertebral?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>C. ¿Hay afecciones de los músculos de las articulaciones o de los huesos?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>19. Diversos</p>			
<p>a. ¿Hay aumento del volumen de los ganglios linfáticos?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>b. ¿La glándula tiroides esta agrandada o modificada?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>c. ¿Hay síntomas de trastornos anormales (Por ejemplo glándulas suprarrenales, gónadas, tiroides)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>d. ¿Ha podido usted constatar otras afecciones?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>20. a. ¿Hay indicios de alcoholismo, abuso de tabaco, de medicamentos o consumo de drogas?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>b. ¿Las actividades y el modo de vida de la persona examinada son perjudiciales para su salud?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>c. ¿Hay otros factores de riesgo?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>d. ¿Ha recomendado usted otras medidas (nuevo control, exámenes, tratamiento, modo de vida)?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Médico Examinador: Sírvase 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.