



Form with fields: Nombre del asegurado propuesto, Corredor, MGA u Oficina de Venta de Planes de Vida, Fecha de nacimiento, Sexo, Lugar de nacimiento, Ocupación del asegurado propuesto, Residencia del asegurado propuesto.

1. ¿Quién es su médico? Dirección
A. ¿Cuándo y por qué visitó a su médico la última vez?
B. ¿Qué se le informó acerca de los resultados?
C. ¿Qué tratamiento y medicamentos le recetaron?
D. ¿Continúa usted bajo tratamiento?
E. ¿Tuvo alguna consulta previa? Si la respuesta es sí, indique detalles.

- 2. ¿Ha tenido usted o se le ha tratado por:
Sí No (Si la respuesta es sí, circule cada artículo correspondiente.)
A. ¿Algún desorden o enfermedad de la vista, oídos, nariz o garganta?
B. ¿Mareo, desmayo, convulsiones, epilepsia, lesión en la cabeza, Dolores de cabeza, defecto del habla, parálisis o derrame, temblores, Debilidad muscular, depresión, otro desorden mental o nervioso?
C. ¿Falta de aire, ronquera o tos persistente, escupe sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o desorden respiratorio crónico?
D. ¿Dolor de pecho, palpitaciones, presión sanguínea alta, fiebre reumática, soplo cardíaco, venas varicosas, flebitis o algún otro desorden cardíaco o de vaso sanguíneo?
E. ¿Hepatitis, úlcera, hernia, colitis, diverticulitis, indigestión recurrente o algún otro desorden estomacal, intestinos, hígado, vesícula biliar, pancreas o bazo?
F. ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedad venérea o sexualmente transmitida, desorden de órgano reproductivo, próstata, vejiga, piedra o de riñones?
G. ¿Alergias, anemia, tendencia a sangramiento u otros desórdenes sanguíneos?
H. ¿Neuralgia, neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, o desorden muscular o de los huesos, incluyendo la médula espinal, espalda y las articulaciones?
I. ¿Desorden de la piel o glándulas linfáticas, quiste, tumor o cáncer?
J. ¿Fiebre persistente, sudores nocturnos, escalofríos, y/o diarrea?
K. ¿Diabetes, tiroide u otro desorden endocrino?
L. ¿Diagnosís o tratamiento para SIDA, recetado por un profesional de la medicina?
M. ¿Algún desorden mental o físico que no esté en la lista, que haya tenido o se le ha aconsejado tener alguna consulta médica, enfermedad, lesión, hospitalización, tratamiento o cirugía, incluyendo un EQG, rayos X o alguna otra prueba de diagnóstico que no esté en la lista?
N. ¿Actualmente recibe algún tratamiento o está tomando medicamento?
O. ¿Alguna vez ha recibido o se le ha aconsejado solicitar consulta o tratamiento médico por motivos de uso del alcohol o estupefacientes?
P. ¿Algún médico le ha aconsejado que deje de usar tabaco por motivos de salud?
Q. ¿Alguna vez sus padres, hermanos o hermanas han padecido de diabetes?
R. ¿Está embarazada? (Si la respuesta es sí, indique fecha aproximada de alumbramiento.)

Detalles de las respuestas sí (Incluir # de artículo, fechas, duración, medicamento, nombres y direcciones de todos los médicos y hospitales.)

3. ¿Ha usado tabaco en alguna forma? Nunca Actual Pasado Indique tipo: sin humo tabaco cigarrillo pipa
Mes/año que lo dejó: Años como fumador: Cantidad de paquetes por día:

4. FAMILIA

Table with columns: HISTORIAL, Edad si vive o al fallecimiento, ¿Historial de cáncer?, ¿Enfermedad cardíaca o desorden circulatorio? Rows include Madre, Padre, Hermano/a.

He leído todas las declaraciones susodichas, al igual que las respuestas y concuerdo en que son ciertas y completas a mi mejor saber y entender.

Fechado este día de de 20.

Testigo Examinador Firma Asegurado propuesto

<p>1. a. Altura _____ Mtrs./Pies. (sin zapatos)</p> <p>b. Peso _____ Kilos/Lbs.</p> <p>c. Circunferencia: Cintura _____ cm./pul.  Pecho exhalado _____ cm./pul.  Pecho inhalado _____ cm./pul.</p>	<p>2. a. ¿Pesaba usted? _____ ¿Medía? _____</p> <p>b. ¿Algún cambio de peso el año pasado? _____  Aumento _____ Kilos/Lbs. ¿Por qué? _____  Pérdida _____ Kilos/Lbs. ¿Por qué? _____</p>										
<p>¿Existe algún defecto o anomalía de _____?</p>		<p>Sí / No</p>	<p>Describa en detalle cualquier anomalía indicada en las preguntas 3 - 8 f.</p>								
<p>3. ¿Cabeza y cuello; visión y ojos; audición y oídos; habla; boca; glándula de la tiroide?</p>											
<p>4. ¿Piel; nódulos linfáticos; extremidades; músculos; huesos; articulaciones o curvatura espinal?</p>											
<p>5. ¿Pecho, pulmones o senos? Palpar senos para masas.</p>											
<p>6. ¿Abdomen – alguna cicatriz, sensibilidad a la palpación, masas o hernia? ¿Es palpable el hígado o el bazo?</p>											
<p>7. ¿Sistema nervioso – tono muscular, andares o reflejos?</p>											
<p>8. Sistema cardiovascular –</p>											
<p>a. ¿Alguna arterioesclerosis?</p>											
<p>b. Sírvase examinar la imagen perceptible del ojo y clasifíquela entre 1, 2, 3 ó 4. Describa con lujo de detalles las clasificaciones 2, 3 ó 4.</p>											
<p>c. ¿Algunas venas varicosas o edema de piernas?</p>											
<p>d. Presión sanguínea</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;"></th> <th style="width:20%; text-align: center;">Mínimo 2 lecturas</th> <th style="width:60%;">Lecturas adicionales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sistólico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5<sup>ta</sup> Fase diastólica</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Mínimo 2 lecturas	Lecturas adicionales	Sistólico			5 <sup>ta</sup> Fase diastólica		
	Mínimo 2 lecturas	Lecturas adicionales									
Sistólico											
5 <sup>ta</sup> Fase diastólica											
<p>Informe todas las lecturas. Tome presión sanguínea sentado/a y acostado/a, si tiene historial de hipertensión o terapia, o si la tiene sobre 140/90.</p>			<p><b>Si aplica, enviar estuche del perfil de sangre al laboratorio para análisis.</b></p>								
<p>e. Ritmo cardíaco</p>	<p>Antes de ejercicio</p>	<p>Inmediatamente después de 50 saltos</p>	<p>2 minutos después</p>	<p><b>Orina: Vaciamiento por todos los solicitantes ante su presencia o en la sala contigua. Es necesario enviar todas las muestras al laboratorio para análisis.</b></p>							
<p>Irregularidades por minuto</p>				<p>Lugar <input type="checkbox"/> Su oficina <input type="checkbox"/> Oficina del solicitante  Examinado: <input type="checkbox"/> Hogar del solicitante ¿Dónde?</p>							
<p>f. Corazón:</p> <p>(1) ¿Algún murmullo? ____ ¿Agrandamiento? _____</p> <p>(2) Ubicar PMI _____</p> <p>(3) SI ESCUCHA ALGÚN MURMULLO</p> <p>(a) Sistólico <input type="checkbox"/> Presistólico <input type="checkbox"/> Diastólico <input type="checkbox"/></p> <p>(b) Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/></p> <p>(c) Constante <input type="checkbox"/> Inconstante <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/></p> <p>(d) ¿Dónde es más fuerte? _____</p> <p>(e) Transmisión en alto o lateral _____</p> <p>(f) Respuesta a ejercicio _____</p> <p>(g) Historial de fiebre escarlatina o reumática _____</p> <p>(h) ¿Cuál es su impresión? _____</p>				<p>Fecha de examinación _____ Hora _____ am/pm</p> <p>Firmado _____</p> <p>Nº. de Identificación _____</p> <p>Compañía de paramédicos _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p> <p>¿Es usted un examinador habitual de esta empresa?  _____</p>							

---

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN**

POR LA PRESENTE DOY AUTORIZACIÓN a cualquier médico, personal médico, hospital, clínica, u otra institución médica o relacionada, empresa de seguro o de reaseguro, la Medical Information Bureau, Inc., agencia de informe del consumidor, que tenga información disponible en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico en lo relacionado a cualquier condición física o mental y/o tratamiento, incluyendo condiciones psiquiátricas, abuso de alcohol o estupefacientes, y cualquier otra información médica o no-médica de mi persona o condición de salud a CNA International Life Company o su representante legal, parte de o toda información pertinente.

Para facilitar presentación rápida de dicha información, autorizo a las fuentes en lo susodicho, salvo MIB, a presentar dichos informes o conocimiento a cualesquier agencia contratada por la Compañía a recopilar y transmitir dicha información.

ENTIENDO que la información que se obtenga por medio de esta Autorización será utilizada por CNA International Life Company para determinar la elegibilidad para seguro. Cualesquier información obtenida no será entregada por CNA International Life Company a cualquier persona u organización, SALVO para las empresas de reaseguro, la Medical Information Bureau, Inc. u otras personas u organizaciones que lleven a cabo negocios o servicios legales en lo relacionado con mi Hoja de Detalles Personales, o como requisito legal que pueda ser o como pueda yo en lo adelante autorizar.

COMPRENDO que puedo solicitar copia de esta Autorización.

ACEPTO que una copia fotostática de esta Autorización es tan válida como la original.

RECONOZCO haber recibido y leído el Aviso al Asegurado Propuesto y el Aviso del Medical Information Bureau.

ACEPTO que esta Autorización permanecerá en vigor por dos años a partir de esta fecha.

Escojo a que se me entreviste, si se prepara un informe investigativo del consumidor en lo relacionado con esta Hoja de Detalles Personales. Sírvase comunicarse conmigo entre las horas de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_. Mi número de teléfono es: \_\_\_\_\_

Propuesto Asegurado (Si está firmando en nombre del Propuesto Asegurado, especifique la relación/autorización.)

Examinador testigo

Fecha (mes, día, año)

X

---



MÉDICO: Sírvase completar:

- 1. Nombre del propuesto asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_
- 2. ¿Ha examinado usted al propuesto asegurado durante el año pasado? \_\_\_\_\_ ¿Como paciente ? \_\_\_\_\_ ¿Para efectos de seguro? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Algún hallazgo anormal? \_\_\_\_\_
- 3. El propuesto asegurado, ¿es su paciente privado? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, presente detalles del historial, hallazgos o tratamiento que usted pueda desear que se mantenga en confidencia.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado \_\_\_\_\_ M.D.

INSTRUCCIONES

- A. MÉDICOS EXAMINADORES: Completar ambos lados.
- B. PERSONAL AUXILIAR DE MÉDICOS EXAMINADORES: Completar la Parte II. Si usted no tiene su propio formulario de informe para las medidas físicas, puede completar la página 2, y omitir las preguntas: 3, 4, 5, 6, 7, 8a, 8b, 8c y 8f; de lo contrario, debe completar su formulario propio. De llevarse a cabo un examen médico más detallado, sírvase completar los encasillados a continuación e indicar las pruebas adicionales llevadas a cabo:  
 ECG     RAYOS-X DEL PECHO     PFT     PERFIL DE SANGRE     OTRO \_\_\_\_\_  
 (Especificar)
- C. TODOS LOS EXAMINADORES:
  - 1. Enviar el informe completado al corredor, o al director médico en Nashville.
  - 2. Si envía el informe al corredor, es necesario desprender el comprobante confidencial solamente y enviarlo a: Medical Director, CNA International Life Company, P.O. Box 305153, Nashville, TN 37230-5153 USA.
  - 3. Si envía el informe a Nashville Processing Center, es necesario incluir todos los comprobantes. (Las instituciones de servicios de personal auxiliar que facturan mensualmente, no tienen que completar el comprobante de cargo.)
  - 4. Jamás debe mostrar, entregar o enviar el informe al corredor.
  - 5. El corredor no debe estar presente durante el examen médico.
  - 6. Los cargos serán procesados desde la Oficina Central. No debe aceptar pago de cargos de ninguna otra fuente.
  - 7. El propuesto asegurado debe estar vestido al ser pesado, salvo los zapatos y abrigos.
  - 8. Debe presentar informes de toda presión arterial que se tome. Debe tomar un mínimo de 2 lecturas.  
 Si la primera toma de presión arterial sobrepasa 140/90, debe tomar por lo menos dos lecturas adicionales, en posición sentada y acostada. Debe preguntar detenidamente sobre las posibilidades de estar tomando algún medicamento.
  - 9. Al completar el historial médico, debe preguntar detenidamente sobre las razones.