

FAVOR COMPLETAR POR LA SOLICITANTE DE COBERTURA

1 de 2

Sección I. Datos de la solicitante

1. Apellidos:

2. Nombres:

3. Fecha de nacimiento:

4. Estatura:

5. Peso:

6. Tipo sanguíneo:

7. ¿Fumadora?:

8. Cigarrillos por día:

9. ¿Desde cuándo?:

10. ¿Hasta cuándo?:

Sección II. Antecedentes obstétricos

¿QUÉ CANTIDAD HA TENIDO DE?:

1. Embarazos:

2. Partos naturales:

3. Cesáreas:

4. Abortos:

5. Partos prematuros:

6. Partos complicados:

7. Hijos con complicaciones perinatales o enfermedades:

8. Hijos con enfermedades congénitas:

9. Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa:

Sección III. Antecedentes médicos personales

¿HA TENIDO USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES O ENFERMEDADES?:

1 Enfermedades congénitas o hereditarias

2 Diabetes, cáncer; desórdenes hematológicos, enfermedad cardiovascular; endocrina o renal

3 Legrados, cirugías o biopsias de útero, ovarios, trompas, mamas o vagina

4 Tumores del aparato ginecológico, Papanicolaou o mamografía anormal

5 Infertilidad, trastornos menstruales o endometriosis

6 Embarazos múltiples, eclampsia / pre-eclampsia, placenta previa, embarazos ectópicos o incompatibilidad de tipo sanguíneo

7 Complicaciones del parto o el embarazo, enfermedades que no han sido mencionadas anteriormente

Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa (fechas, diagnósticos, tratamientos, nombre e información de contacto del médico):

Sección IV. Antecedentes médicos familiares

¿EXISTEN EN SU FAMILIA ANTECEDENTES DE?:

1. Enfermedades congénitas	Sí	No	2. Enfermedades hereditarias	Sí	No	3. Diabetes tipo I	Sí	No
4. Cardiopatías	Sí	No	5. Embarazos múltiples o con complicaciones	Sí	No	6. Partos con complicaciones	Sí	No

7. Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa:

Sección V. Información del médico tratante

1. Apellidos:	2. Nombres:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Dirección:	4. Correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Teléfono de la oficina:	6. Teléfono celular:
+ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. Firma de la solicitante:	8. Fecha:
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>