

## 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 style="width: 100%;" type="text"/>
Nombre y Apellido <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Nacimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Profesión <input style="width: 100%;" type="text"/>	Actividad Profesional Actual <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Calle, Número <input style="width: 100%;" type="text"/>	Teléfono / Celular <input style="width: 100%;" 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, fiebrosis, 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"/>		
c. ¿Ha padecido usted alguna afección ginecológica o de glándula mamaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?	¿Fecha?      ¿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 proximately 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? b. ¿Fuma usted? c. ¿Consume usted bebidas alcohólicas? d. ¿Toma usted analgésicos, somníferos, tranquilizantes u otros medicamentos? e. ¿Consigue usted o ha consumido estupefacientes (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál? ¿Frecuencia? ¿Qué? ¿Cuantos al día? ¿Desde qué edad fuma? ¿Cuánto por día? ¿Cuáles? ¿Cuánto por semana? ¿Desde cuando?
10.	a. ¿Cuál ha sido el último médico que consultó? b. ¿En el curso de los últimos 5 años ha consultado algún médico no mencionado anteriormente? c. Nombre del mejor médico, que mejor conoce su estado de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Motivo? ¿Cuándo?

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"/>	

¿Punto máximo y propagación? ¿El soplo 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? (disnea, cianosis, edema) i. ¿Existen varices?	<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"/>	F.C. _____ F.R. _____  Tensión Arterial <u>        </u> / <u>        </u> <b>Sistólica / Diastólica</b> Segunda Medida _____ Tercera Medida _____  ¿Gravedad?      ¿Extensión?      ¿Ulceraciones? ¿Cicatrices?
16. Aparato digestivo y abdomen a. ¿La lengua, las mucosas, la faringe y las amígdalas tienen un aspecto normal? b. ¿El examen clínico, la palpación y la percusión del abdomen han revelado algo anormal (estómago, hígado, vesícula biliar, aorta, bazo, intestinos)? c. ¿Existen síntomas de alguna afección del aparato digestivo? d. ¿Hay alguna hernia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
17. Sistema nervioso / órganos de los sentidos a. ¿Existen indicios de afección de los órganos de los sentidos, esencialmente disminución de la agudeza visual o del oído? b. ¿Reflejos anormales (pupilares, abdominales, rotulianos, aquiliano, babinsky)? c. ¿Hay razones para sospechar presencia de trastornos psíquicos o neurológicos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
19. Diversos a. ¿Hay aumento del volumen de los ganglios linfáticos? b. ¿La glándula tiroidea está agrandada o modificada? c. ¿Hay síntomas de trastornos anormales (Por ejemplo glándulas suprarrenales, gónadas, tiroides)? d. ¿Ha podido usted constatar otras afecciones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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)?	<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: 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.