

Cuestionario para Diabéticos (Vida)

MetLife

Este documento deberá ser llenado por el médico tratante con letra de molde y tinta negra.

Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:

_____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____

1.- Fecha en que fue diagnosticada la diabetes: _____

2.- Tipo de diabetes: _____

3.- Nombre, teléfono, dirección y Cédula Profesional del médico encargado del tratamiento: _____

4.- ¿En qué consiste el tratamiento actual? _____

5.- ¿Cuál ha sido la cantidad más alta de azúcar en la sangre que se le ha encontrado al paciente? _____

6.- Favor de indicar los últimos tres resultados de azúcar en sangre:

Toma	Fecha	Resultado
1		
2		
3		

7.- Favor de indicar los últimos 3 resultado de examen de orina:

Toma	Fecha	Resultado azúcar	Resultado proteína
1			
2			
3			

8.- Favor de indicar el último resultado de la hemoglobina glucosilada: _____

9.- ¿El paciente ha sufrido de angina de pecho, insuficiencia coronaria, infarto del miocardio o hipertensión arterial? Sí No

¿En qué fecha? _____

10.- ¿El paciente ha presentado alguna vez proteinuria, nefropatía, retinopatía, neuropatía, hipertensión, cardiopatía, enfermedad vascular o alguna otra complicación? En caso afirmativo, favor de especificar: _____

El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley sobre el Contrato de Seguro.

Nombre y firma del médico tratante

Lugar y fecha de firma

Cédula:

Teléfono:

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de noviembre de 2015, con el número CGEN-S0034-0222-2015.