



Cía. Internacional de Seguros, S.A. Cuestionario Drogas

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____ Nombre del médico: _____
Nombre: _____ Dirección del médico: _____
Fecha de nacimiento : _____ Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última consulta: _____

Talla: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____ Tratada No Tratada

Fecha: _____

¿Consumo o ha consumido alguna vez una de las siguientes drogas, excepto como tratamiento de alguna afección y bajo supervisión médica?

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
- Anfetaminas ej. "Extasis", "Ice", MDMA, "Speed (rápido)", "Pepass", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Barbitúricos ej. "Tranquilizantes", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Cannabis ej. "Hachis", "Marihuana", "Hierba", "Porro", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Cocaína ej. "Coca", "Crack", "Nieve", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Alucinógenos ej. "Acido", "Polvo de ángel", "Haze", "LSD", "Microdots", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Hierbas ej. catnip, narcóticos, kavakava, lobelia, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Opiáceos ej. Codeína, Heroína, Metadona, Morfina, Opio, "Smack", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Sedativos ej. Diazepam, Tranquilizantes, Nitrazepam, "Tranks", etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Solventes ej. Aerosoles, pegamento, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____
- Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____ hasta _____



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Drogas

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Tratamiento médico				
- actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
- anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿cuál? _____	desde _____
			<input type="checkbox"/> interrumpido	desde _____
¿Ha sido sometido a algún tratamiento médico por uso de drogas o desintoxicación? (nombre y dirección del médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____ hasta _____
¿Ha padecido alguna enfermedad relacionada con el uso de drogas? ej. hepatitis B, infección por VIH, enfermedad mental, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Por favor, de detalles _____ _____ _____	
¿Ha abandonado el consumo de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		desde _____
* IMPORTANTE: se ruega proporcionar cualquier información adicional que pueda ayudar en la evaluación del riesgo.				
FECHA:	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:			