



Cía. Internacional de Seguros, S.A. Informe Pediátrico

Página 1

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

Nombre del Niño (a): _____ / _____
Nombre(s) Apellido(s)

Hijo (a) de: Madre: _____ Padre: _____
Nombre y Apellido Nombre y Apellido

Número de Cédula del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
dd mm aaaa

Estatura y Peso Actual: _____ Estatura y Peso al Nacer: _____
cms. lbs. cms. lbs.

1. Tipo de Nacimiento: Parto Normal: Cesárea: Fórceps:

2. Semanas de embarazo de la madre al nacer el bebé: _____

3. ¿Ha presentado alguna deformidad, enfermedad o defecto congénito? de ser así, explique: Sí No

4. ¿Le ha sido detectado algún soplo cardíaco? de ser así, explique: Sí No

5. ¿Ha presentado algún problema pulmonar? Explique, ¿por qué? Sí No

6. ¿Ha presentado adenopatías? Explique, ¿por qué? Sí No

7. ¿Visceromegalias? Explique, ¿por qué? Sí No

8. ¿Existe algún antecedente quirúrgico y/o condición médica / padecimiento médico por la cual se necesitaría alguna operación o tratamiento en el futuro? _____

9. Estado Actual, incluyendo secuelas y complicaciones de las afecciones que mencionó: _____

10. ¿Sabe usted si ha consultado otros médicos o cirujanos? En caso afirmativo, dé nombres, fechas y naturaleza de la enfermedad: _____

11. Favor mencione los antecedentes patológicos familiares: _____

12. Favor suministrarlos cualquier otra información que posea sobre la salud de su paciente que deba ser de nuestro conocimiento para efectos del seguro: _____

13. Resultados de laboratorios - Observaciones:

Glicemia: _____ Urinálisis: _____

Hemoglobina: _____ Otros: _____

DECLARACIÓN

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.

Fecha: _____ Firma y sello del médico: _____
dd/mm/aaaa

*** **IMPORTANTE** ***

Si al suministrarlos la información requerida tiene algún costo, este deberá ser asumido y cancelado por el solicitante.