

Favor completar debidamente y entregar junto al formulario de suscripción, para formar parte del mismo. Debe ser completado por hombres mayores de 45 años.

## CUESTIONARIO MÉDICO DE EVALUACIÓN PARA HOMBRES MAYORES DE 45 AÑOS

### Datos Personales

Nombre del asegurado  Apellido del asegurado   
Fecha de nacimiento  día  mes  año  Número de póliza

### Datos Personales

1. Se ha realizado alguna evaluación prostática:  Sí  No
2. Indicar nombre del médico tratante
3. Institución donde presta servicios:
4. Indique dirección y teléfono:
5. Si se ha realizado alguno de los siguientes estudios, favor indicar y adjuntar los resultados, especificar fecha en que se le practicó 
  - a. PSA Total:
  - b. Ultrasonografía prostática:
  - c. Biopsia:
6. Diagnóstico:
7. Mantiene algún tratamiento para enfermedades prostáticas:
8. Indique los tratamientos médicos y/o quirúrgicos a los que ha sido sometido:
9. Además de los resultados mencionados, si ha realizado algún otro estudio, favor indicar fecha y resultados:

Firma del solicitante

Fecha

Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas son completas y verdaderas según su conocimiento y entender. Si hubiera alguna respuesta falsa en esta solicitud, entonces el contrato podrá ser anulado por la compañía. Este formulario de información médica forma parte de la solicitud de suscripción.