

Declaración Adicional: Asma

Este cuestionario debe ser completado por el candidato:

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Por favor, responda a cada pregunta y proporcione detalles cuando corresponda.

1. ¿Ha padecido o padece asma? Sí No

En caso afirmativo, indique por favor la fecha de los primeros síntomas

2. ¿Con qué frecuencia sufre ataques de asma?

Síntomas diurnas más de dos veces por semana? Sí No

Por lo menos un despertar nocturno por asma? Sí No

Ha necesitado usar rescatadores mas de dos veces por semana (salbutamol)? Sí No

Ha tenido limitación de sus actividades a causa del asma? Sí No

¿Son estos ataques provocados por alguna situación en particular? Sí No

En caso afirmativo, indique porque?

Fecha del último ataque

3. ¿Qué severidad tienen y cuanto duran normalmente los ataques?

4. ¿Está bajo tratamiento en la actualidad? Sí No

En caso afirmativo, por favor, indique tratamiento y fechas

5. ¿Padece alguna otra enfermedad, en concreto, afecciones cardíacas o respiratorias (como por ej. bronquitis)? Sí No

En caso afirmativo, por favor, proporcione detalles

6. ¿Ha recibido o recibe alguna prestación por incapacidad? S No

En caso afirmativo, por favor, proporcione detalles e indique la razón por la que se le concedió tal prestación

Por la presente declaro que he contestado completa y verídicamente a las preguntas arriba formuladas y que estoy de acuerdo con que esta declaración junto con la solicitud de fecha _____, forme parte integrante del contrato.

Lugar y fecha

Firma del candidato