CUESTIONARIO AMPLIADO DE SALUD

munitec
Mútua Nacional de Ingenieros Técnicos de Previsión Social

Pruebas Solicitadas Examen médico [ ] Análisis de sangre [ ]

Electrocardiograma [ ] Prueba/Esfuerzo [ ] An.Orina(microsc.) [ ]

Ventilograma [ ] Otra_____

Nombre y Apellidos_____DNI_____TELEF._____

Fecha de nacimiento_____ Estado Civil_____ Actividad_____

ANTECEDENTES-FAMILIA	Edad (si vive)	Edad a la que falleció	Causa
Padre			
Madre			

¿Ha habido en familiares cercanos, (padres, tíos o hermanos), casos de diabetes, hipertensión, infartos, depresión o enfermedad mental, fallo renal. . .	SI	NO
¿Le han practicado pruebas genéticas por sospecharse problemas hereditarios?	SI	NO

ANTECEDENTES PERSONALES

Peso_____Klos; Talla:_____Cm; Tensión arterial máxima que recuerde:_____/_____

Tiempo semanal que dedica al deporte_____ ¿Qué deporte/s?_____

Recuerda valores máximos en sangre de: GLUCOSA_____ COLESTEROL_____

¿Toma actualmente alguna medicación? _____

CONSUMO DE TABACO

Actual (Cigarrillos-Puros/día):_____ Si ha fumado, ¿Fecha de suspensión?_____

Cuanto ha fumado como máximo en el pasado: _____

CONSUMO DE ALCOHOL

Vasos de vino por semana [ ] Cervezas por semana [ ] Copas-Licor por semana [ ]

¿Ha consumido en el pasado cantidades significativamente más elevadas?	SI	NO
SUBSTANCIAS CON ACTIVIDAD SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO		
¿Consume con frecuencia, (más de una vez en semana) hipnóticos, tranquilizantes o antidepresivos?	SI	NO
Consume o ha consumido estimulantes, derivados de la cocaína, cannabis. . .	SI	NO
¿PADECE O HA PADECIDO?		
HIPERTENSION, Infarto cardiaco, Enfermedad coronaria, Enfermedad valvular cardiaca	SI	NO
ASMA, Bronquitis crónica, EPOC, Enfisema, Tuberculosis	SI	NO
DIABETES, Colesterol elevado u otras alteraciones endocrino-metabólicas	SI	NO
HEPATITIS u otras enfermedades del hígado, alteraciones del colon, pancreatitis, ulcera gástrica	SI	NO
Enfermedades de los huesos o del sistema musculoesquelético, hernia de disco, fibromialgia u otras ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO, Epilepsia, Parkinson, Esclerosis múltiple, Parálisis . . .	SI	NO
ALTERACIÓN PSIQUIATRICA, Demencia, Depresión, . . . HOSPITALIZACION psiquiátrica	SI	NO
CÁNCER o tumores malignos (especificar fechas de diagnostico y última revisión)	SI	NO
PRUEBA VIH POSITIVA	SI	NO
ALTERACIONES-VISIÓN (Ojo vago, Miopía de mas de 8 diop., Glaucoma, Desprendimiento retina)	SI	NO
ALTERACIONES-AUDICIÓN con perdida de capacidad auditiva	SI	NO

OPERACIONES EN EL PASADO (Con fecha)_____

Ha estado alguna vez hospitalizada (se excluye embarazos/parto) Aportar el informe de alta hospitalaria

AMPLIACIÓN o EXPLICACIÓN de las preguntas con respuesta afirmativa u otra información de interés médico

NOTA: El candidato abajo firmante autoriza a los médicos o instituciones que tengan información médica o pruebas complementarias realizadas previamente, a entregar al médico de la compañía, las pruebas solicitadas en la actualidad, o en caso de siniestro. DECLARO que mis contestaciones han sido realizadas de forma fidedigna y completa según mi mejor entender. De no ser así asumo las consecuencias según la ley del seguro. AUTORIZO a la compañía, si es necesario, a que se me realice la prueba VIH.

Firma del candidato (LUGAR Y FECHA)

Firma y sello del médico/testigo