

CUESTIONARIO AMPLIADO DE SALUD

PRUEBAS SOLICITADAS

Examen médico Análisis de sangre Electrocardiograma Prueba /esfuerzo Análisis orina (microsc.) Ventilograma

Otra

Nombre y apellidos DNI Teléfono

Fecha de nacimiento Estado civil Actividad

ANTECEDENTES FAMILIA

| | Edad (si vive) | Edad a la que falleció | Causa |
|-------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Padre | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Madre | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

¿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 (Kg.) | Talla (cm) | Tensión arterial máxima que recuerde |
|----------------------|----------------------|--------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

¿Has consumido en el pasado cantidades significativamente mas elevadas? SI NO

SUSTANCIAS 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 pérdida de capacidad auditiva SI NO

Ha estado alguna vez hospitalizada (se excluye embarazos/parto) Aportar el informe de alta hospitalaria SI NO

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.

En cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección de datos le informamos que el responsable de sus datos personales es MUTUA NACIONAL DE INGENIEROS TÉCNICOS DE PREVISIÓN SOCIAL, y los utilizará para evaluar el riesgo existente y proceder, en su caso, a la prestación de los servicios solicitados por usted. Sus datos no serán cedidos a terceros, salvo por obligaciones legales. Puede ejercer sus derechos en la dirección munitec@munitec.es

En a de de

FIRMA DEL CANDIDATO.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO/TESTIGO