

(A efectos exclusivos de la propuesta de formalización de una póliza de ASISA SALUD o ASISA HOSPITALIZACIÓN con ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S. A.)

N.º Propuesta de póliza

Nombre y Apellidos:

Fecha de Nacimiento:

Estado:

Nº hijos:

Domicilio:

Código Postal:

Población:

Provincia:

Teléfono:

D.N.I.:

¿Cuántos miembros de su familia tienen póliza de Asistencia Sanitaria con ASISA?

¿Tienen otras pólizas de ASISA?

¿Cuáles?

Si procede de otra sociedad médica, ¿Puede decirnos cual?

¿Cómo definiría su estado de salud actual?

Muy Bueno

Bueno

Regular

Malo

Muy malo

¿Tiene Seguridad Social?

Si su Médico de Familia pertenece a ASISA ¿nos puede decir su nombre?

Médico

Declaración de Salud

	Hábitos	SI	NO		SI	NO
Fuma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace deporte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toma Drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace régimen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigue alguna Medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Visita al dentista?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Veces/año		
¿Cuánto pesa?	Kg			¿Cuánto mide?		
¿Se ha hecho revisiones de próstata o ginecológicas?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se hace chequeos médicos de empresa, particular, ...?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Realice una breve explicación sobre las respuestas contestadas afirmativamente:

Intervenciones quirúrgicas

	SI	NO
¿Ha sido operado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Año	Tipo de operación	Secuelas

Ingresos médicos

	SI	NO
¿Ha sido ingresado en hospital por enfermedad y/o accidentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Año	Enfermedad o proceso	Días de Ingreso

Declare sus últimas tres visitas al médico

Fecha	Motivo de la visita	Especialista



