

Este cuestionario forma parte de la "Afiliación al Servicio de Medicina Prepagada" No \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE SALUD**

Por favor conteste las siguientes preguntas para el Titular usuario y cada uno de los solicitantes, tenga en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la "Solicitud de Contratación al Servicio de Medicina Prepagada" indicado arriba. Registre S: Si es afirmativa, N: Si es negativa, o el número correspondiente cuando se indique.

		1	2	3	4	5			1	2	3	4	5	
<b>1. ESTADO DE SALUD GENERAL</b>		<b>OBSERVACIONES</b>					<b>ESTADO DE SALUD GENERAL</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
1. Peso (kg) *Entre 1 y 300							2.51	Infarto Cardiaco						
2. Estatura (cm) *Entre 50 y 250							2.52	Epilepsia (convulsiones)						
1.3 ¿Presenta alguna discapacidad física o enfermedad mental o psiquiátrica? Si la respuesta es afirmativa aclarar que tipo de discapacidad o enfermedad							2.53	Cirrosis hepática						
1.4 ¿Ha requerido hospitalización o atención de urgencias en los últimos tres (3) meses?. Aclarar por que diagnóstico.							2.54	Hepatitis crónica						
1.5 ¿Fuma más de cinco (5) cigarrillos al día?							2.55	Hernia inguinal (aclarar lateralidad)						
1.6 ¿Consumo o ha consumido en forma repetida estupefacientes?							2.56	Hernia Epigástrica						
<b>2. ANTECEDENTES PERSONALES</b>		<b>OBSERVACIONES</b>					<b>ESTADO DE SALUD GENERAL</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
2.1 Catarata (aclarar lateralidad) N							2.57	Hernia umbilical						
2.2 Pterigio (aclarar lateralidad)							2.58	Hernia Discal. Aclarar cual (Cervical, dorsal, lumbar)						
2.3 Queratocono (aclarar lateralidad)							2.59	Hipertensión arterial (tensión alta)						
2.4 Glaucoma (aclarar lateralidad)							2.60	Insuficiencia Renal Crónica						
2.5 Desprendimiento de retina (aclarar lateralidad)							2.61	Cálculos urinarios						
2.6 Desviación tabique nasal							2.62	Reflujo vesicoureteral						
2.7 Pólipos nasales							2.63	Varicocele (aclarar lateralidad)						
2.8 Sinusitis crónica							2.64	Hiperplasia de próstata						
2.9 Rinitis Alérgica							2.65	Hipertrofia de próstata						
2.10 Migraña							2.66	Lupus u otras enfermedades del colágeno. (espondilitis anquilosante, Síndrome de Sjorgren) Aclarar cuál						
2.11 Disminución agudeza auditiva (aclarar lateralidad)							2.67	Artritis						
2.12 Otitis crónica							2.68	Enfermedad de transmisión sexual, cual? (Si lo desea, no responda esta pregunta)						
2.13 Juanetes pie (aclarar lateralidad)							2.69	VIH / SIDA (Si lo desea, no responda esta pregunta)						
2.14 Artrosis cadera (aclarar lateralidad)							<b>3. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
2.15 Artrosis rodilla (aclarar lateralidad)							3.1	Su Padre, Madre o Hermano(a) ha sufrido de Diabetes (azúcar en la sangre)						
2.16 Artrosis hombro (aclarar lateralidad)							3.2	Su Padre, Madre o Hermano(a) ha sufrido de Cáncer de colon						
2.17 Incontinencia urinaria							3.3	Su Padre, Madre o Hermano(a) ha sufrido de Cáncer de seno						
2.18 Obesidad							<b>4. ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
2.19 Diabetes (Azucar en la sangre)							4.1.	¿Se ha practicado en los último 2 años una mamografía?						
2.20 Aneurisma cerebral							4.2.	¿Se ha practicado en el último año una citología cervico vaginal?						
2.21 Transtornos de la coagulación (síndrome antifosfolípido, hemofilia, von willebrand) Aclarar cual.							4.3.	Si se encuentra en edad fértil, planifica?						
2.22 Esclerosis múltiple							4.4.	¿Esta actualmente embarazada? Si la respuesta es afirmativa favor indicar, en número, cuántas semanas tiene de embarazo *1 y 40						
2.23 Accidentes cerebro vasculares (hemorragia, trombosis). Aclarar cual							4.5	Endometriosis						
2.24 Aneurisma de torax							4.6.	Descenso del recto (rectocele)						
2.25 Aneurisma de abdomen							4.7	Descenso del útero o matriz (histerocele)						
2.26 Aneurisma de miembros inferiores (aclarar lateralidad)							4.8	Descenso de la vejiga (cistocele)						
2.27 Fiebre reumática							4.9	Miomas o Fibromas del útero (matriz)						
2.28 Varices pierna (aclarar lateralidad)							4.10.	Ovario poliquístico						
2.29 Asma							4.11.	Quiste de seno (aclarar lateralidad)						
2.30 Enfermedad pulmonar crónica (Enfisema pulmonar, Bronquitis crónica). Aclarar cual							<b>5. ENFERMEDADES CONGÉNITAS</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
2.31 Embolia Pulmonar							5.1	Malformaciones del corazón (Comunicación interventricular e interauricular, coartación aortica u otros).						
2.32 Tuberculosis							5.2	Malformaciones renales (agenesia renal, riñón en herradura u otros).						
2.33 Psoriasis							5.3	Displasia de cadera (Aclarar lateralidad y tratamiento recibido)						
2.34 Vitiligo							5.4	Malformación del sistema nervioso central (espina bífida, arnold chiari u otros).						
2.35 Cálculos vesícula							<b>6. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Requiere o ha requerido algunos de estos tratamientos:7.</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
2.36 Úlcera gástrica							6.1	Diálisis						
2.37 Úlcera duodenal							6.2	Oxígeno. Informar por qué diagnóstico es o fue ordenado						
2.38 Reflujo gastroesofágico							<b>7. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Lo han intervenido quirúrgicamente de:</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
2.39 Pancreatitis crónica							7.1	Cadera (aclarar lateralidad y diagnóstico)						
2.40 Hemorroides							7.2	Columna (aclarar nivel y diagnóstico)						
2.41 Divertículo de colon							7.3	Corazón (informar que cirugía y por qué diagnóstico)						
2.42 Cáncer (tumores), aclarar qué tipo							7.4	Rodilla (aclarar lateralidad y diagnóstico)						
2.43 DIABETES (AZÚCAR EN LA SANGRE)							7.5	Sistema nervio central (aclarar por qué diagnóstico)						
2.44 Hipotiroidismo							7.6	Otra (aclarar tipo de cirugía, diagnóstico y lateralidad si aplica)						
2.45 Hipertiroidismo							<b>8. TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES. Requiere o ha sido trasplantado de</b>					<b>OBSERVACIONES</b>		
2.46 Enfermedades de las válvulas cardiacas. Aclarar cual (Aórtica, Pulmonar, Mitrál, Tricúspide)							8.1	Requiere o ha sido trasplantado de córnea (informar diagnóstico y lateralidad)						
2.47 Enfermedad coronaria							8.2	Requiere o ha sido trasplantado de riñón (informar diagnóstico y lateralidad)						
2.48 Aneurismas de las arterias del corazón y/o grandes vasos							8.3	Requiere o ha sido trasplantado de hígado						
2.49 Arritmias cardiacas							8.4	Requiere o ha sido trasplantado corazón						
2.50 Insuficiencia cardiaca							8.5	Requiere o ha sido trasplantado médula ósea (informar por qué diagnóstico)						
Observaciones Cuestionario de Salud: Si lo requiere, registre sus observaciones con el número de la pregunta, seguido del solicitante correspondiente.							8.6	Le han diagnosticado alguna enfermedad no relacionada en el cuestionario anterior?, especifique cual y tiempo de evolución						

Declaro que la información suministrada y las respuestas al cuestionario son ciertas y que no se ha omitido nada sobre el estado de salud de los solicitantes. Autorizo expresamente a Colsanitas o Medisanitas según corresponda, para que a través de sus médicos adscritos o de los representantes que ésta delegue, conozcan y soliciten información sobre la salud o las historias clínicas de los solicitantes en cualquier momento, de parte de cualquier médico o institución. Igualmente autorizo a los médicos o instituciones que poseen historias clínicas o datos sobre la salud de los solicitantes, para que suministren a Colsanitas o Medisanitas la información requerida por sus representantes y/o sus médicos adscritos.

Todo lo anterior conforme a lo previsto en la ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario 3380 de 1981.

FIRMA DE TITULAR \_\_\_\_\_