

**FICHA MÉDICA**  
**ANEXO A LA SOLICITUD DE CRÉDITO DE FECHA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  
**(Para Usuarios de Servicios Financieros)**

**DECLARACIONES DEL SOLICITANTE AL MÉDICO EXAMINADOR**

*El interrogatorio y el examen físico del solicitante deben ser practicados en privado sin la presencia de terceros.*

Las siguientes declaraciones las efectúa el Solicitante al médico examinador, quien las registra de su puño y letra, actuando simplemente como testigo.

**1. ANTECEDENTES DE FAMILIA:**

A	Edad Actual	Estado de salud y, si no fuera bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte	B	Edad Actual	Estado de salud y, si no fuera bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte
PADRE					CONYUGE				
MADRE					HIJOS				
HERMANOS									

C. ¿hubo en su familia casos de suicidio, insanía, epilepsia, cáncer, diabetes o tuberculosis?  si  no (indicar parentesco)

D. ¿tiene ud. conocimiento de haber convivido con algún tuberculoso?  si  no ¿hasta qué fecha?:

2. A. ¿consume ud. habitualmente vino, cerveza, licores u otras bebidas alcohólicas?  si  no (indicar cantidad diaria)

B. ¿bebió ud. con exceso en alguna época?  si  no ¿cuándo y con qué frecuencia?

C. ¿interviene ud. personalmente en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para su consumo en público?  si  no

D. ¿fuma ud.?  si  no (cantidad diaria de cigarrillos, cigarros, pipas, etc.)

E. ¿necesita o necesitó ud. hacer uso de sedantes? (opio, morfina, cocaína, veronal, etc.)  si  no ¿por qué motivo?

3. A. ¿hace ud. una vida sedentaria?  si  no B. ¿realiza ud. deportes?  si  no ¿cuáles?

C. ¿practica o emplea ud. la aviación?  si  no ¿en qué carácter?

D. ¿piensa ud. tomar parte en carreras mecánicas?  si  no

4. ¿prestó ud. servicio militar?

**El examinador formulará las preguntas que correspondan con palabras comprensibles para el solicitante.**

	si	no	Enfermedad – fechas - cantidad de ataques – duración - intensidad y secuelas – médicos consultados
5. ¿tiene ud. conocimiento de haber sufrido en el pasado o de sufrir actualmente alguna de las siguientes afecciones (o síntomas de)?			
a) ¿infecciosas o parasitarias (escarlatina, erisipela, reumatismo, paludismo, disenteria, brucelosis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) ¿broncopulmonares o pleurales? (tos, expectoración, hemoptisis, bronquitis, asma, pleuresia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ¿cardiovasculares? (palpitaciones, disnea, dolor u opresión precordial, vârices, edemas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ¿gastrointestinales o hepáticas? (disfagia, acidez, vómitos, dolôres, diarreas, ictericia, hemorragias, constipación, hemorroides, fistula anal, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) ¿genitourinarias? (cólicos renales, cálculos, albuminuria, hematuria, piuria, disuria, prostatismo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) ¿nerviosas o mentales? (cefaleas, parálisis, epilepsia, apoplejia, neurosis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) ¿de la piel, de los ojos, de la garganta, de la nariz o de los oídos? (eczema, úlceras, fistulas, conjuntivitis, sinusitis, otitis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) ¿endócrinas o del metabolismo? (bocio, glucosuria, diabetes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) ¿otras enfermedades no mencionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**FICHA MÉDICA**  
**ANEXO A LA SOLICITUD DE CRÉDITO DE FECHA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  
**(Para Usuarios de Servicios Financieros)**

<b>6. SIFILIS</b> ¿contrajo ud. o le diagnosticaron sífilis alguna vez? <i>(índiquese cuál fue la primera manifestación y época, manifestaciones sucesivas y fecha de la última, tratamiento realizado y duración, resultado; si se hubiera abandonado todo tratamiento, fecha de suspensión).</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>7. A.</b> ¿le hicieron a ud. algún análisis de orina?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fechas      ¿por qué causa?      ¿cuál fue el resultado?
¿de sangre? <i>(Wasserman, Hahn, citológico, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿de esputos o de líquido cefalorraquídeo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
¿otros análisis? ¿cuáles?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>B.</b> ¿le fue tomada a ud. la presión sanguínea?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fechas      ¿por qué?      ¿qué cifras le indicaron?
<b>C.</b> ¿le han realizado a ud. radiografías, radioscopias, endoscopias, electrocardiogramas u otras investigaciones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	fechas      ¿cuáles y por qué?
<b>D.</b> ¿se halla o estuvo ud. sometido a regímenes alimentarios?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿por qué causa?      ¿desde cuándo?
<b>E.</b> ¿aumentó o disminuyó ud. de peso en el último año?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	¿en cuánto? más-menos      ¿por qué?

**8. A.** ¿ha sufrido ud. algún accidente, herida u operación quirúrgica?  si  no      ¿en qué consistió? *(fecha, consecuencias y médico que lo atendió?)*

**B.** ¿estuvo ud. internado en algún hospital, sanatorio o estación climática?  si  no      fechas, ¿dónde y por qué?

<b>9.</b>	<b>A.</b> ¿sus embarazos y partos han sido normales? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>B.</b> fecha del último parto      ¿sus reglas son normales? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>C.</b> ¿está ud. embarazada? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no      ¿de cuántos meses? <b>D.</b> ¿sufre o ha sufrido ud. enfermedades genitales? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>E.</b> ¿ha sido ud. operada de la matriz, ovarios o mamas? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <b>F.</b> ¿tuvo ud. abortos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no      ¿cuántos, cuándo y por qué? <b>G.</b> ¿tiene ud. trastornos menopáusicos? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
-----------	--

**10. A.** ¿cuándo consultó médico por última vez?  
 ¿motivo? \_\_\_\_\_ nombre del médico: \_\_\_\_\_

**B.** ¿está ud. actualmente en tratamiento? *(dar detalles)* \_\_\_\_\_

**C.** ¿con anterioridad, consultó ud. médicos o se sometió a algún tratamiento?  si  no      nombre de los mismos: \_\_\_\_\_

**D.** ¿cambió ud. de residencia o profesión por razones de salud?  si  no

**E.** ¿autoriza ud. a la Compañía a solicitar informes acerca de su salud o a los médicos que le han asistido?  si  no

**11. A.** ¿fue examinado antes para un seguro de vida?  si  no      ¿cuándo y para qué compañías? \_\_\_\_\_

**B.** ¿le fue modificado el plan o el costo del seguro solicitado o le fue postergada o rechazada a ud. alguna solicitud? \_\_\_\_\_

**C.** ¿tiene ud. en trámite alguna otra solicitud de seguro?  si  no

**D.** ¿el seguro que ud. solicita ahora, está destinado a reemplazar algún otro en vigor o caduco?  si  no

**DECLARO**, que luego de analizar las contestaciones dadas por mí al médico examinador, consignadas en este formulario, que las mismas son verídicas y completas, y además, que relevo en este acto del secreto profesional, en cuanto se relacione con el crédito por mí solicitado, a los médicos que me han examinado y a los que me asistan o examinen en el futuro.

En \_\_\_\_\_, el \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firmado en mi presencia

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico examinador

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante

**El solicitante debe firmar su Declaración en presencia del médico examinador, con la misma lapicera y tinta utilizada por éste.**

**FICHA MÉDICA**  
**ANEXO A LA SOLICITUD DE CRÉDITO DE FECHA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  
**(Para Usuarios de Servicios Financieros)**

*Este formulario ha sido confeccionado para su uso interno.*

**INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR**

*El médico examinador escribirá todas las preguntas de su puño y letra, sin emplear rayas ni comillas. Cada una de las enmiendas o raspaduras deberá salvarlas con sus iniciales.*

Autorizado Inf. N° \_\_\_\_\_  
 Conf. Med.: \_\_\_\_\_

**12.** A. ¿conoce ud. al solicitante?  sí  no B. ¿le ha prestado ud. servicios profesionales?  sí  no  
 ¿desde cuándo? ¿cuándo y por qué?

---

**13.** A. aspecto general (*saludable o enfermizo*) C. ¿qué edad representa? años F. ¿es deforme, cojo o mutilado?  sí  no  
 B. edad años D. color de los ojos G. cicatrices y/o señales de identificación (*origen*)  
 E. color del cabello

---

**14.** A. estatura exacta: 1 m. cm C. perímetros torácicos, sobre las tetillas ( o axilas en la mujer) D. perímetro abdominal en el ombligo cm E. ¿midió y pesó ud. al examinado?  sí  no  
 B. peso exacto Kg. en espiración forzada cm  
 (vestido) en inspiración profunda cm

	sí	no	detalles
<b>15.</b> A. ¿existen afecciones cutáneas, tinte o coloración anormales? B. ¿existen adenopatias? C. ¿existe bocio u otra alteración endocrina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>16.</b> A. ¿existe disfonía, tos o expectoración? B. ¿son anormales el tipo o el ritmo respiratorio? C. ¿la inspección, percusión y auscultación del tórax, realizadas sobre la piel y sin ropas, revelan la existencia de afección broncopulmonar o pleural? D. temperatura axilar ( <i>indispensable en personas delgadas o con antecedentes de t.b.c.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>17.</b> A. ¿es anormal el choque de la punta del corazón en su localización, intensidad o extensión? B. ¿se comprueba anomalía en los ruidos ( <i>reforzamiento, apagamiento, etc.</i> ) y en el ritmo o la existencia de soplos ( <i>sistólico o diastólico, foco o focos de auscultación máxima, intensidad y propagación</i> ) C. pulso: a) frecuencia por minuto b) caracteres c) intermitencias ( <i>en caso afirmativo, ordene 15 genuflexiones tocando cada vez los talones con las manos e informe número de pulsaciones y de intermitencias, antes e inmediatamente después del ejercicio</i> ) pulsaciones: antes _____ después _____ intermitencias: antes _____ después _____ D. ¿hay signos de arterioesclerosis? ( <i>leve, moderada o marcada</i> ) E. tensión arterial: Sistólica: mx. mm. Diastólica: (5° punto) Mn. mm. aparato empleado: F. ¿edema maleolar u otros? G. ¿várices? Localización, grado y extensión ( <i>¿localizadas en pierna o sobrepasan de la rodilla hacia arriba?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>18.</b> A. ¿existen afecciones en la boca o en la faringe? ( <i>dientes, encías, amígdalas, etc.</i> ) B. anomalías del aparato digestivo ( <i>explórense las zonas vesicular y apendicular</i> ) Zonas de defensa muscular, puntos dolorosos C. ¿hay hepatomegalia? ( <i>sus caracteres</i> ) D. ¿hay esplenomegalia? ( <i>sus caracteres</i> ) E. ¿hernias? ( <i>localización, volumen, reducible o no, uso de bragueros, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**El examinador podrá suministrar a la Dirección Médica de la Aseguradora y/o del Banco en carta confidencial, cualquier información que reputa de interés y que, por razones especiales, prefiera no consignar en este formulario, en la seguridad de que esa información será considerada con estricta reserva.**

**FICHA MÉDICA**  
**ANEXO A LA SOLICITUD DE CRÉDITO DE FECHA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_**  
**(Para Usuarios de Servicios Financieros)**

	sí	no	detalles
<b>19.</b> ¿existen signos de estrechez uretral, enfermedad de la vejiga u otra afección del aparato urogenital? ( <i>puño-percusión</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>20. A.</b> ¿anormalidades nerviosas o psíquicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. ¿existe temblor en las manos o en la lengua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. ¿es positiva la maniobra de Romberg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D. ¿son anormales los reflejos patelares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. ¿las pupilas son iguales y regulares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿cómo reaccionan a la luz y a la acomodación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F. ¿existe afección de los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
G. ¿la visión está disminuida? ( <i>grado aproximado de corrección</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
H. ¿se comprueba afección de los oídos? ( <i>grado aproximado de cada oído</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>21.</b> ¿existe alguna alteración del aparato osteo-artromuscular ( <i>determinese el déficit funcional</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>22. A.</b> ¿la orina analizada fue emitida en su presencia? ( <i>en caso negativo, ¿cómo le consta que procede del examinado?</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B. aspecto			densidad
albúmina			glucosa
<i>(en caso afirmativo, investigue la causal y si el examinado sigue tratamiento)</i>			
<b>23.</b> ¿cree ud. que el examinado abusa o abusó de bebidas alcohólicas u otros tóxicos ( <i>en caso afirmativo, indiquense razones</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>24.</b> ¿dónde realizó ud. el examen? ( <i>especifique claramente: en mi consultorio, en consultorio de Aseguradora, en domicilio del examinado, etc.</i> )			
<b>25. DICTAMEN MÉDICO:</b> ¿cree ud. que el estado de salud del examinado es BUENO, REGULAR o MALO?			

**AFIRMO**, que he revisado en privado y minuciosamente al señor \_\_\_\_\_  
siendo la hora \_\_\_\_\_, que las respuestas consignadas en las "Declaraciones del Solicitante" están escritas de mi puño y letra y que no estoy ligado por parentesco alguno con el examinado, ni con quienes tramitan el seguro.

En \_\_\_\_\_, el \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del médico examinador

**Remita este informe a la Dirección Médica correspondiente, lo antes posible y sin intervención de terceros, utilizando el sobre correspondiente.**

Nombre completo del médico examinador \_\_\_\_\_

Dirección completa del médico examinador \_\_\_\_\_

*(en letras de imprenta o sello)*

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dictamen del Médico Director \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_