



DECLARACIÓN INDIVIDUAL DE SALUD

Favor responder cada una de las preguntas del siguiente listado, SI o NO, en caso de que la respuesta sea AFIRMATIVA explique detalladamente en la columna AMPLIACIÓN: la patología o condición médica y tiempo de evolución. En esta declaración deberá registrar todas las enfermedades que le han sido diagnosticadas y / o que actualmente reciben tratamiento. De conformidad a la Ley Orgánica vigente, la omisión de cualquier patología conocida previamente a la contratación, liberará a ECUASANITAS S.A. de la responsabilidad de la financiación y será causal para terminación del contrato. (Ley O. Art 34)

IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

No	PREGUNTA	SI	NO	AMPLIACIÓN
1	¿Ha sido diagnosticado o padece alguna discapacidad: física o intelectual?			
2	¿Posee usted carné para personas con discapacidad emitido por la Autoridad Competente? De ser afirmativa la respuesta qué porcentaje de discapacidad registra?.....			
3	¿Ha sido diagnosticado o tratado por enfermedades de la sangre como anemia, hemofilia, linfoma, leucemia, médula ósea o cualquier otra enfermedad de la sangre, los ganglios, vasos linfáticos, el bazo, u otra?. ¿Cuál?			
4	¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad endócrina - nutricional o metabólica como hipotiroidismo, hipertiroidismo, dislipidemia, enfermedad de Addison, tumores de hipófisis u otras enfermedades de las glándulas endócrinas?. ¿Cuál?			
5	¿Está actualmente embarazada o presenta algún retraso en su período menstrual, síntomas de embarazo?			
6	¿Ha tenido o presenta actualmente alguna enfermedad o diagnóstico relacionado con su trabajo u ocupación, calificado por el IESS?			
7	¿Ha sido diagnosticado y/o está siendo tratado por presión arterial alta?			
8	¿Ha sido diagnosticado y/o está siendo tratado por diabetes? si es positivo, detalle si usa insulina o pastillas.			
9	¿Ha sido diagnosticado o está siendo tratado de enfermedades del corazón como: arritmias, infarto o ataque cardíaco, angina, soplos cardíacos o enfermedades de las válvulas u otros problemas del corazón, usa marcapasos?. Cuáles?.....			
10	¿Ha sido diagnosticado o padece de alguna enfermedad de nacimiento o malformaciones como: labio leporino, displasia de cadera, microtia, hipospadias, paladar hendido, criptorquidea, agenesia o hipoplasia de órganos?			*
11	¿Ha sido diagnosticado o padece problemas de riñón o del sistema genito urinario como insuficiencia renal crónica, ausencia de un riñón, cálculos renales o ureterales, adenomas o cáncer de próstata, diálisis, tumores renales, vesicales o testiculares, varicocele o cualquier otra enfermedad del riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata o genitales, descenso de vejiga, hiperplasia prostática? Explique			
12	¿Ha sido diagnosticado o tratado por problemas psiquiátricos, enfermedad bipolar, esquizofrenia, depresión, intento de suicidio, desórdenes alimenticios?. Anote si padece otros trastornos psiquiátricos o nerviosos, problemas psiquiátricos de base orgánica a causa de un accidente o incidente.			
13	¿Ha sido diagnosticado o tratado por enfermedades como: demencia, parkinson, alzheimer u otras?			
14	¿ Ha sido diagnosticado o está siendo tratado por algún problema neurológico: epilepsia, ataques, convulsiones, parálisis u otras?. Cuáles?.....			*
15	¿Ha sido diagnosticado o está en tratamiento por presentar complicaciones o secuelas posteriores a un Accidente Cerebro Vascular, aneurismas, tumor cerebral, quistes cerebrales, fistulas, hidrocefalia, cirugías craneales u otros problemas neuromotores?			
16	¿Ha sido diagnosticado o está recibiendo tratamiento para patologías del sistema digestivo como: reflujo gastro esofágico, gastritis crónica, úlcera, tumores o pólipos, hernia hiatal, hepatitis, cirrosis, cálculos en la vesícula, cáncer de cualquier órgano del aparato digestivo, divertículos, hemorroides, fisura anal, enfermedad de Crohn, obesidad mórbida u otras?			
17	¿Ha sido diagnosticado de enfermedades ginecológicas como: ovario poliquístico, quistes mamarios, miomas, endometriosis, quiste de ovario, papiloma virus HPV, adenomas o tumores de las mamas, secreción anormal de las mamas u otros, cáncer o cualquier otra enfermedad relacionada con útero, mama u ovarios?			*
18	¿Ha recibido, se encuentra en lista de espera o requerirá el trasplante de algún órgano o tejido?			*
19	¿Ha sido diagnosticado de algún tipo de cáncer? Recibió o está recibiendo tratamiento por una enfermedad oncológica, con cirugía, quimioterapia u otra?			
20	¿Ha sido diagnosticado o recibe algún tratamiento para enfermedades crónicas del sistema respiratorio por ejemplo: asma, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva EPOC, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis crónica, bronquitis crónica, tumores pulmonares o cualquier otra enfermedad pulmonar?			*
21	¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad de los ojos por ejemplo: miopía, astigmatismo, cataratas, glaucoma, degeneración macular, problemas en retina, vitrio, queratocono, presbicia, estrabismo o cualquier otra enfermedad relacionada con la visión?			*

No	PREGUNTA	SI	NO	AMPLIACIÓN
22	¿Ha sido diagnosticado o está en tratamiento por enfermedades dermatológicas crónicas como: psoriasis, acné, lunares, rosáceas, lupus eritematoso sistémico, vitiligo, cáncer de piel, alopecia u otras enfermedades de la piel?			
23	¿Ha recibido o recibe tratamiento por alguna enfermedad reumatológica o del sistema osteomuscular: gota, artritis, artrosis, reumatismo, osteoporosis, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de huesos, músculos y articulaciones?			
24	¿Ha sido diagnosticado o tratado por problemas de columna, lumbalgia, hernia de disco, escoliosis, radiculopatías, xifosis u otros?. ¿Ha sido operado? Especifique			
25	¿Ha sido diagnosticado o está en tratamiento por alguna enfermedad infecciosa crónica: como sífilis, citomegalovirus, VIH, hepatitis B o C, HPV, Herpes, hongos u otras enfermedades de transmisión sexual?			
26	¿Se le ha diagnosticado o está en tratamiento por enfermedades del sistema circulatorio como: aneurismas, várices, flebitis, úlceras varicosas, aterosclerosis, arteriosclerosis, embolias o trombosis u otras enfermedades de las arterias, venas o capilares?			
27	Indique si utiliza o requiere algún tipo de prótesis o aparato ortopédico o si conoce que requiere de un reemplazo articular de cadera, rodilla u otro.			*
28	¿Por tratamiento recibe algún tipo de medicamento u otra sustancia en forma crónica y/o permanente? Indique que enfermedad y ¿cuál es el tratamiento?.....			
29	En los últimos 6 meses ha sufrido alguna caída o accidente con lesiones, traumatismos, ruptura o luxación de tendones, fractura de huesos, rodilla u otros; especifique de que miembro o extremidad.			*
30	Si viene transferido de otro seguro de Asistencia Médica, describa si fue diagnosticado de alguna enfermedad crónica y si recibió o recibe algún tratamiento continuo.			
31	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos han sido diagnosticados de Cáncer, Diabetes, Hipertensión o enfermedad cardíaca?			
32	¿Usted fuma? Si su respuesta es afirmativa, indique con qué frecuencia..... ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si su respuesta es afirmativa, indique con qué frecuencia.....			
33	Indique si se ha realizado alguna cirugía con fines estéticos, (rinoplastia, lipoescultura, implantes mamarios, abdominoplastia, dermolipectomía, implante de glúteos, transferencia de grasa, blefaroplastia u otros. Especifique.....			
34	¿Señale aquí si usted padece o ha padecido alguna enfermedad o accidente o presenta alguna secuela o condición médica que no esté descrita anteriormente pero que usted tiene conocimiento.			*

* En este campo debe indicar la lateralidad de la extremidad, miembro u órgano afectado.

El afiliado que completa esta declaración, certifica que ha revisado y entendido todos los puntos descritos y que lo declarado en este documento es totalmente verídico.

Y AUTORIZA expresamente a ECUASANITAS S.A. para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar; incluyendo otras Empresas de Medicina Prepagada o Seguros Médicos, copias del expediente clínico, resultados de exámenes de apoyo diagnóstico y/o de cualquier otra información relacionada con el estado de salud de los usuarios o beneficiarios.

Las restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido debidamente declaradas por el interesado en este documento, respecto de él y sus beneficiarios, se aplicarán según lo establecido en la Ley Orgánica que Regula las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a los Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, es decir 24 meses contados a partir de la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Ciudad

Fecha

Firma del afiliado o titular en caso de ser menor de edad

No. Teléfono de contacto:.....

PARA USO EXCLUSIVO DE ECUASANITAS S.A.

EVALUACIÓN, AUDITORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA ECUASANITAS HA CONSIDERADO LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

Hallazgos de Auditoría	Diagnósticos	Código de Enfermedades	Observaciones

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE ECUASANITAS S.A.

DECLARA PREEXISTENCIA

NO DECLARA

Nombre - firma y sello del médico de Ecuasanitas

Fecha