

Nombres y Apellidos del paciente:.....

Documento de Identidad:..... Sexo **M**  **F**  Fecha de Nacimiento ..... /..... /.....

**MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA**

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD O INCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES Y SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**DETALLE EN CASO DE MARCA SI:** .....

.....

.....

Nombres y Apellidos del paciente:.....

Documento de Identidad:..... Sexo **M**  **F**  Fecha de Nacimiento ..... /..... /.....

**MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA**

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD O INCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES Y SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**DETALLE EN CASO DE MARCA SI:** .....

.....

.....

Nombres y Apellidos del paciente:.....

Documento de Identidad:..... Sexo **M**  **F**  Fecha de Nacimiento ..... /..... /.....

**MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA**

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD O INCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES Y SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**DETALLE EN CASO DE MARCA SI:** .....

.....

.....

Nombres y Apellidos del paciente:.....

Documento de Identidad:..... Sexo **M**  **F**  Fecha de Nacimiento ..... /..... /.....

**MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA**

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD O INCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES Y SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

**DETALLE EN CASO DE MARCA SI:** .....

.....

.....

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.