

Favor responder cada una de las preguntas del siguiente listado, SI o NO, en caso de que la respuesta sea AFIRMATIVA explique detalladamente. 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 en esta declaración 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?			
2	¿Posee Ud Carné del CONADIS? De ser afirmativa la respuesta que porcentaje de discapacidad registra? ..... %			
3	¿Ha sido diagnosticado o tratado por enfermedades de la sangre como anemia, hemofilia, linfoma, leucemia, o cualquier otra enfermedad de la sangre o de los ganglios vasos linfáticos y el bazo, u otra? ¿Cuál? .....			
4	¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad endocrina - nutricional o metabólica como (hipo, hiper- tiroidismo, dislipidemia, anorexia, diabetes, enfermedad de Addison, tumores de hipófisis u otras enfermedades de las glándulas endocrinas? ¿Cuál?.....			
5	¿Está actualmente embarazada o presenta algún retraso en su período menstrual?			
6	¿Ha tenido o presenta actualmente alguna enfermedad o diagnóstico relacionado con su trabajo u ocupación?			
7	¿Ha sido diagnosticado y/o está siendo tratado por presión arterial alta?			
8	¿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? ¿Cuáles?.....			
9	¿Se ha sometido a alguna cirugía por malformaciones o enfermedades congénitas como (labio leporino, displasia de cadera u otra cirugía para malformaciones o patologías congénitas o degenerativas u otra? ¿Cuál? .....			
10	¿Ha sido diagnosticado o padece problemas del riñón o del sistema genitourinario como insuficiencia renal crónica, ausencia de un riñón, cálculos renales o ureterales, infecciones urinarias a repetición, nefritis, adenomas o cáncer de próstata, diálisis. Tumores renales, vesicales o testiculares, varicocele o cualquier otra enfermedad del riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata o genitales? Explique .....			
11	¿Ha sido diagnosticado o tratado por problemas psiquiátricos, enfermedad bipolar, esquizofrenia, depresión, intento de suicidio?. Indique si padece otros trastornos psiquiátricos o nerviosos .....			
12	¿Ha sido diagnosticado o está siendo tratado por algún problema neurológico: epilepsia, ataques, convulsiones, déficit motores u otros? ¿Cuáles? .....			
13	¿Ha sido diagnosticado o está en tratamiento por presentar complicaciones o secuelas posteriores a un Accidente Cerebro Vascular, aneurismas, tumor cerebral, quistes, fistulas, hidrocefalia cirugías craneales u otros problemas neuromotores?			
14	¿Ha sido diagnosticado o está recibiendo tratamiento para patologías del sistema digestivo: boca, esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula, vías biliares, páncreas, colon y /o recto? Incluye por ej.: gastritis, úlcera, tumores, hernias de hiato, hepatitis, cirrosis, cálculos de la vesícula, quistes de coledóco, pancreatitis, colitis, fistulas, enfermedad de Crohn.			
15	¿Ha sido diagnosticada de enfermedades ginecológicas o de las mamas por ej.: tumores, quistes mamarios, miomas, endometriosis, cáncer o cualquier otra enfermedad relacionada con útero, mama u ovarios?			
16	¿Ha recibido, se encuentra en lista de espera o requerirá el trasplante de algún órgano o tejido?			
17	¿Ha sido diagnosticado de algún tipo de cáncer? ¿Recibió o está recibiendo tratamiento por una enfermedad oncológica?			
18	¿Ha sido diagnosticado o recibe algún tratamiento para enfermedades crónicas del sistema respiratorio por ej.: asma, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva EPOC, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis crónica, bronquitis crónica, tumores pulmonares o cualquier otra enfermedad pulmonar?			
19	¿Ha sido diagnosticado de alguna enfermedad de los ojos por ej.: miopía, astigmatismo, cataratas, glaucoma, degeneración macular, problemas en retina, vitrio, queratocono o cualquier otra enfermedad relacionada con la visión?			

No.	PREGUNTA	SI	NO	Ampliación
20	¿Ha sido diagnosticado o está en tratamiento por enfermedades dermatológicas crónicas como psoriasis, acné, eccemas, melanomas, cloasma, rosácea u otras enfermedades de la piel?			
21	¿Ha recibido o recibe tratamiento por alguna enfermedad reumatológica o del sistema osteomuscular: hernia de disco, gota, artritis, artrosis, reumatismo, osteoporosis, síndrome del tunel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de huesos músculos y articulaciones?			
22	¿Ha sido diagnosticado o está en tratamiento por alguna enfermedad infecciosa crónica: sífilis, citomegalovirus, VIH, hepatitis B o C, HPV, Herpes, hongos u otras enfermedades?			
23	¿Se le ha diagnosticado o está en tratamiento por Enfermedades del Sistema Circulatorio como: aneurismas, várices, flebitis, úlceras varicosas, aterosclerosis, embolias o trombosis u otras enfermedades de las arterias, venas o capilares?			
24	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. .....			
25	¿Por tratamiento recibe algún tipo de medicamento u otra sustancia en forma crónica y/o permanente? Indique que enfermedad y cuál es el tratamiento. .....			
26	Describa cualquier tipo de hospitalización clínica, quirúrgica o accidente que haya tenido, hace que tiempo y favor señale la causa u origen de la misma. .....			
27	Si viene transferido de otro seguro de Asistencia Médica, describa si fue diagnosticado de alguna enfermedad crónica o si recibió o recibe algún tratamiento continuo. .....			
28	¿Alguno de sus padres, hermanos o abuelos han sido diagnosticados de Cáncer, Diabetes, Hipertensión o enfermedad cardíaca ?			
29	¿Usted fuma? Si su respuesta es afirmativa, indique con que frecuencia ..... ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Si su respuesta es afirmativa, indique con que frecuencia ..... ¿Consume alguna otra substancia? Si su respuesta es afirmativa, indique con que frecuencia .....			
30	Indique si se ha realizado alguna cirugía con fines estéticos, ( rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia, by pass gástrico o cualquier otra ) .....			
31	¿Señale aquí si Ud. padece o ha padecido alguna enfermedad o accidente o presenta alguna secuela o condición médica que no esté descrita anteriormente pero que Ud. tiene conocimiento. .....			

El usuario que completa esta declaración, certifica que ha revisado y entendido todos los puntos descritos y que lo declarado en este documento es totalmente verídico. De igual manera que es de su conocimiento que de haber omitido cualquier tipo de información o no haber declarado alguna enfermedad presentada con anterioridad a la suscripción de este contrato, no tendrá derecho a la financiación por Ecuasanitas S.A., en ningún momento conforme a lo establecido en la Ley Orgánica vigente.

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 a partir de los 24 meses, contados desde el primer día del mes siguiente al de 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

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

Nombre Beneficiario	Diagnósticos	Códigos 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