



Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico	Declara
<b>2. Enfermedades del sistema nervioso o que le afecten:</b> por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalia, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESCRIBIR: SI o NO
<b>3. Enfermedades del sistema respiratorio:</b> por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio:</b> por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>5. Enfermedades del sistema digestivo:</b> por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas:</b> por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario:</b> por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular:</b> por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético:</b> por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:</b> por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>11. Malformaciones y/o enfermedades congénitas:</b> por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, Síndrome de Down, o cualquier anomalía o patología congénita.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>12. Tumores y/o enfermedades oncológicas:</b> por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo:</b> por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico	Declara
<b>14. Enfermedades del oído, nariz y garganta:</b> por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>15. Enfermedades oculares:</b> por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>16. Enfermedades infecciosas y parasitarias:</b> por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>17. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio:</b> por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfíxia neonatal, parto prematuro.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>18. Traumatismos, accidentes y quemaduras:</b> indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>19. Cirugías estéticas:</b> por ejemplo, rinoplastía, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastía o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>20. Infertilidad o Esterilidad:</b> Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>21. Licencias médicas anteriores:</b> ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>22. Indique hospitalizaciones anteriores:</b> indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>23. Prótesis, Órtesis:</b> señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>24. Otras enfermedades:</b> consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>

**D DECLARACIÓN**

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma / Huella digital del interesado

Fecha 

DÍA	MES	AÑO

N° Folio D de S  
 N° Folio Fun Asociado a  
 esta D. de Salud

### IMPORTANTE

ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD EL LLENADO COMPLETO, CORRECTO Y VERAZ DE ESTE DOCUMENTO. SI USTED NO DECLARA ALGUNA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA O CONDICIÓN DE SALUD PREEXISTENTE LA ISAPRE PUEDE:

- NEGAR LA COBERTURA**, PARA DICHA ENFERMEDAD, POR UN PLAZO MÁXIMO DE HASTA 5 AÑOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O DE LA INCORPORACIÓN DEL BENEFICIARIO, Y/O
- TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD**.

ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA EN SU TOTALIDAD, POR USTED, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.

## A ANTECEDENTES DEL COTIZANTE

Nombres y Apellidos

Apellido Paterno                                      Apellido Materno                                      Nombres

RUT  -                                       Fecha Nacimiento

Día                                      Mes                                      Año

Nombre Institución de Salud Actual

Tiene pensión de invalidez  S= Sí  
N= No                                      Causal  1= Enfermedad común  
2= Enferm. profesional o accidente del trabajo

Diagnóstico que originó la pensión de invalidez

¿Estuvo antes en esta Isapre?  S= Sí  
N= No

## B IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES BENEFICIARIOS Y/O CARGAS MÉDICAS

Debe individualizar a todas las cargas legales y a aquellas personas que desea incorporar como cargas médicas. Si usted omite alguna de sus cargas legales y se demuestra que la omisión tuvo por objeto perjudicar a la Isapre, porque ésta no pudo evaluar el riesgo, la Institución puede poner término a su Contrato de Salud.

IDENTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS (Incluido el potencial cotizante)

Ap. Paterno, Materno, Nombres del benef.	RUT	Relación Familiar (1)	Fecha Nacimiento (2)	Sexo (3)	Tipo Carga (4)	Peso	Talla

(1) 01.Cónyuge 02.Padre 03.Madre 04.Hijos 05.Otros 06.Conviviente Civil 2) DD/MM/AAAA (3) M= Masculino F= Femenino (4) L= Legal M= Médica

## C LISTADO DE PREGUNTAS

Debe registrar TODAS las enfermedades, patologías o condiciones de salud diagnosticadas médicamente a usted y a cada uno de sus beneficiarios, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso si se ha recuperado y ha sido dado de alta.

El siguiente listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad, patología o condición de salud no indicada aquí, debe declararla.

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico	Declara
1. <b>Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento:</b> por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.).				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
				ESCRIBIR: SI o NO

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico	Declara
<b>2. Enfermedades del sistema nervioso o que le afecten:</b> por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalia, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <b>ESCRIBIR:</b> SI o NO
<b>3. Enfermedades del sistema respiratorio:</b> por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio:</b> por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>5. Enfermedades del sistema digestivo:</b> por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas:</b> por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario:</b> por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular:</b> por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético:</b> por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas:</b> por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>11. Malformaciones y/o enfermedades congénitas:</b> por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, Síndrome de Down, o cualquier anomalía o patología congénita.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>12. Tumores y/o enfermedades oncológicas:</b> por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo:</b> por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico	Declara
<b>14. Enfermedades del oído, nariz y garganta:</b> por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>15. Enfermedades oculares:</b> por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>16. Enfermedades infecciosas y parasitarias:</b> por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>17. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio:</b> por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfíxia neonatal, parto prematuro.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>18. Traumatismos, accidentes y quemaduras:</b> indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>19. Cirugías estéticas:</b> por ejemplo, rinoplastía, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastía o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>20. Infertilidad o Esterilidad:</b> Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>21. Licencias médicas anteriores:</b> ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>22. Indique hospitalizaciones anteriores:</b> indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>23. Prótesis, Órtesis:</b> señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
<b>24. Otras enfermedades:</b> consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>

**D DECLARACIÓN**

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma / Huella digital del interesado

Fecha 

DÍA	MES	AÑO