



### 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 solo 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. Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento: por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.).

Si   
No


2. Enfermedades del sistema nervioso o que le afecten: 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   
No


3. Enfermedades del sistema respiratorio: 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   
No


4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: 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   
No


5. Enfermedades del sistema digestivo: 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   
No


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas: 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   
No


7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario: por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñon, 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   
No


8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular: 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   
No


9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético: 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   
No


10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: 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   
No


11. Malformaciones y/o enfermedades congénitas: por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, o cualquier anomalía, patología congénita.

Si   
No


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

12. Tumores y/o enfermedades oncológicas: por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

Sí   
No


13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.

Sí   
No


14. Enfermedades del oído, nariz y garganta: por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

Sí   
No


15. Enfermedades oculares: por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

Sí   
No


16. Enfermedades infecciosas y parasitarias: por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

Sí   
No


17. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio: por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro.

Sí   
No


NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

18. Traumatismo, accidentes y quemaduras: Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.

Si   
No


19. Cirugías estéticas: por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.

Si   
No


20. Infertilidad o Esterilidad: Indique si Ud. o algunos de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.

Si   
No


21. Licencias médicas anteriores: ¿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   
No


22. Indique Hospitalizaciones anteriores: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.

Si   
No


23. Prótesis, Órtesis: señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audifonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.

Si   
No


24. Otras enfermedades: 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   
No


## D. DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Fundación Asistencial 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 evaluar la incorporación al Fondo Complementario de Salud.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Fundación Asistencial deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos.

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

---

Firma

---

Fecha

## ANEXO DECLARACIÓN DE SALUD Cuestionario Complementario para el FCS

**RUT Titular**

**Folio DS**

### CUESTIONARIO COMPLEMENTARIO

**Para cada pregunta por favor responda SI/NO**

¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Declaración de Salud está embarazada actualmente?

¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Declaración de Salud ha presentado irregularidades en la frecuencia o cantidad de la menstruación en los últimos 3 meses?

¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Declaración de Salud ha tenido un parto prematuro?

¿Cuál fue la causa?

¿Usted o alguno de los beneficiarios identificados en la Declaración de Salud consume bebidas alcohólicas o algún tipo de droga?

¿Con qué frecuencia?

Usted o alguno de los beneficiarios identificados en la Declaración de Salud ha sufrido tendinitis, hombro doloroso, cervicalgia (dolores de cuello)

¿Usted o alguno de los beneficiarios ha presentado enfermedades respiratorias a repetición?

¿Usted o alguno de los beneficiarios toma medicamentos en forma permanente?

Indique cuales

Declaro que he respondido en forma exacta y veraz cada una de las preguntas que constan en este documento.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma Interesado

### EVALUACIÓN Y RESOLUCIÓN DE CONTRALORÍA MÉDICA - RESTRICCIONES DE COBERTURA

La Contraloría Médica ha considerado las siguientes restricciones de cobertura para el FCS:

Nombre Beneficiario	Enfermedad o patología declarada afecta a restricción	CIE	Exclusión

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma Médico Contralor