

# Declaración de Salud para Seguro Médico – Extranjeros en Israel



Conforme a la Propuesta de Seguro Médico incluida, la cual constituye parte integral de la Declaración de Salud.

El formulario está destinado a ambos sexos.

Por favor, llene el formulario en forma precisa y completa.

05/2020 Edition

A la atención de:

Harel Compañía de Seguros Ltda. – Departamento de Seguros de Obreros Extranjeros/Turistas.

Calle Abba Hillel 3, Apartado Postal 1951, Ramat Gan 521180. Fax :03-7348083 , Email: fax7930@harel-ins.co.il

## A Datos del candidato al Seguro

No. Pasaporte	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
En la Declaración de Salud, se debe responder a las siguientes preguntas con el signo V, en la columna de la respuesta adecuada. En todo caso que la respuesta sea Sí a alguna de las preguntas, se debe agregar un documento actualizado del médico de cabecera relacionado al problema declarado, resultados de exámenes, índole del tratamiento médico y datos sobre la situación actual.					
<b>Parte A: Preguntas generales</b>				No	Sí
1.	Altura (en centímetros) ..... Peso (en kilogramos) .....				
2.	<input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido drogas? <input type="checkbox"/> ¿Consume o ha consumido bebidas alcohólicas en forma permanente? Detalle las cantidades consumidas: ..... vasos por día.				
3.	¿ Le ha sido prescrito alguno de los siguientes exámenes médicos en los últimos 10 años (no como parte de exámenes rutinarios) y aún no lo ha efectuado o aún no ha sido establecida una diagnosis final: enfermedades crónicas, cateterismo, mapeo, ecocardiografía, IRM, TC, ultrasonido (no como parte de seguimiento rutinario de embarazos), biopsia, sangre oculta, colonoscopia o gastroscopia, enfermedades autoinmunitarias incluyendo lupus (en estos casos, debe suministrarse un documento del médico de cabecera, con referencia a la causa del examen prescrito, resultados del examen y la diagnosis final).				
4.	¿ Ha pasado en los últimos 10 años o debe pasar en el próximo futuro por alguna intervención quirúrgica o trasplante ? Detalle, por favor .....				
5.	¿ Ha estado internado en un hospital o en otro centro médico durante los últimos 10 años? Detalle, por favor, la causa de la hospitalización y el tratamiento médico recibido.				
6.	¿ Ha recibido o le han recomendado recibir en forma permanente algún tipo de medicamento durante los últimos 10 años ? Detalle, por favor, el problema por el cual ha sido o está siendo tratado, cual es el tipo de tratamiento y el período de tiempo durante el cual recibe los citados medicamentos.				
7.	¿ Le han sido diagnosticadas alergias ? Detalle, por favor .....				
<b>Parte B: ¿Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad, fenómeno o trastorno relacionado con alguno de los temas detallados a continuación?</b>					
1.	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso <input type="checkbox"/> Evento cerebrovascular <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Distrofia muscular u otra enfermedad degenerativa <input type="checkbox"/> Mareos recurrentes <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Pérdida del equilibrio Desmayos <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Retardo mental <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> Poliomieltitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Gaucher <input type="checkbox"/> Insensibilidad <input type="checkbox"/> TDAH Migrenas <input type="checkbox"/> ¿ Ha recurrido a un médico con respecto a quejas relacionadas con pérdida de la memoria (Demencia) ? <input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Portador VIH <input type="checkbox"/> Lupus En todo caso que la respuesta a alguna de las preguntas haya sido positiva, se debe agregar una carta actualizada del médico neurólogo tratante.				
2.	<b>Ojos y visión:</b> <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Problemas de retina y cornea <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Infecciones de los ojos <input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> Ceguera Otra enfermedad o deficiencia de la visión <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
3.	<b>Corazón:</b> <input type="checkbox"/> Arritmias cardíacas <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito <input type="checkbox"/> Cateterismo <input type="checkbox"/> Enfermedades valvulares Otra enfermedad o deficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
4.	<b>Vasos sanguíneos:</b> <input type="checkbox"/> Várices (en las piernas) <input type="checkbox"/> Arterias carótidas (en el cuello) <input type="checkbox"/> Trastornos de la coagulación <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea <input type="checkbox"/> TVP (Trombosis Venosa Profunda) <input type="checkbox"/> EVP (Enfermedad Vascular Periférica) Otra enfermedad o deficiencia de los vasos sanguíneos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
5.	<b>Enfermedades metabólicas:</b> <input type="checkbox"/> Glándula tiroides <input type="checkbox"/> Glándulas linfáticas <input type="checkbox"/> Glándulas salivales <input type="checkbox"/> Glándulas sudoríparas <input type="checkbox"/> Glándula pituitaria <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Niveles altos de grasas/colesterol en la sangre Otra enfermedad o deficiencia metabólica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En caso de respuesta positiva, detalle .....				
6.	<b>Vías respiratorias:</b> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes en las vías respiratorias y falta de aire <input type="checkbox"/> Neumotórax <input type="checkbox"/> Fibrosis quística Otra enfermedad o deficiencia de las vías respiratorias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....				

StudioHarel 28718.12 05/2020



**A Datos del candidato al Seguro**

Parte B: ¿Sufre o ha sufrido de alguna enfermedad, fenómeno o trastorno relacionado con alguno de los temas detallados a continuación?		No	Sí
7.	<b>Sistema digestivo:</b> <input type="checkbox"/> Úlcera (estómago/duodeno) <input type="checkbox"/> Acidez estomacal <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Fisura/fístula <input type="checkbox"/> Obstrucción intestinal Enfermedades/infecciones pancreáticas <input type="checkbox"/> Esófago <input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Cálculos biliares Otra enfermedad o deficiencia del sistema digestivo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
8.	<b>Hígado:</b> <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Hepatitis B, C, D <input type="checkbox"/> Hígado graso <input type="checkbox"/> Cirrosis Otra enfermedad o deficiencia del hígado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
9.	<b>Hernia:</b> Ubicación de la hernia: diafragma/ombiligo/entrepierna derecha/ entrepierna izquierda ¿Ha pasado por una intervención quirúrgica para el tratamiento de una hernia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Cuándo? (Fecha) ..... ¿El problema ha sido solucionado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
10.	<b>Riñones y vías urinarias:</b> <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> Cálculos en los riñones o en las vías urinarias <input type="checkbox"/> Quistes en los riñones <input type="checkbox"/> Defectos en las vías urinarias <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal Otra enfermedad o deficiencia en las vías urinarias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
11.	<b>Huesos y articulaciones:</b> <input type="checkbox"/> Inflamación de las articulaciones (Artritis) <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Espalda/columna vertebral <input type="checkbox"/> Articulaciones <input type="checkbox"/> Rodillas Otra enfermedad o deficiencia en las articulaciones o huesos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
12.	<b>Enfermedades dermatológicas y de transmisión sexual:</b> <input type="checkbox"/> Tumores de la piel <input type="checkbox"/> Lesiones cutáneas Psoriasis <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual <input type="checkbox"/> Sífilis Otra enfermedad dermatológica o de transmisión sexual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
13.	<b>Tumores malignos/enfermedades malignas (cáncer)</b>		
14.	<b>Preguntas destinadas al sexo femenino:</b> <input type="checkbox"/> Senos (incluyendo implante mamario) <input type="checkbox"/> Otras enfermedades o deficiencias del sistema ginecológico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
15.	<b>Preguntas destinadas al sexo masculino:</b> <input type="checkbox"/> Trastornos de la próstata <input type="checkbox"/> Varicocele, Hidrocele Otras enfermedades o deficiencias del sexo masculino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		
16.	<b>Enfermedades mentales:</b> <input type="checkbox"/> Enfermedad mental diagnosticada por un psicólogo, psiquiatra o médico de cabecera		
17.	<b>Enfermedades de oído, nariz y garganta:</b> <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño <input type="checkbox"/> Pólipos nasales <input type="checkbox"/> Sinusitis Otras enfermedades o deficiencias de oído, nariz y garganta <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. En todo caso de respuesta positiva, detalle .....		

Detalle .....

.....

.....

