

DECLARACIÓN DE SALUD

| | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------------------------|----------------------------|------------------------------|--|--|--|------------|--|
| Nombres y apellidos completos | | | | | | | | | | |
| Tipo de documento CC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> ¿Cuál? | | | | | Número | | Género M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> | | | |
| Fecha de nacimiento | | DÍA <input type="text"/> | MES <input type="text"/> | AÑO <input type="text"/> | Lugar de nacimiento | | Estatura (mts.) | | Peso (kg.) | |
| <p>Lo registrado en la declaración de salud cumple el objetivo de permitir evaluar el riesgo de salud de los beneficiarios, razón por la que la información debe ser completa, correcta y verídica. La fidelidad de los beneficiarios, razón por la que la información debe ser completa, correcta y verídica. La fidelidad de lo registrado en este formulario es de exclusiva responsabilidad del interesado, por lo tanto, esta declaración debe ser diligenciada en su totalidad por él mismo; si se trata de menor de edad debe ser diligenciada por la madre, el padre o tutor legal.</p> <p>Debe responder en forma precisa las preguntas de este listado, consignando todas aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que le hayan sido diagnosticadas a usted, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluidos antecedentes médicos que usted conozca.</p> <p>En caso de contestar Sí a cualquiera de las preguntas de la 1 a la 25, explicar en el espacio inferior según la condición médica hace cuánto fue y cuál fue el diagnóstico, fecha de primera y última consulta, tipo de tratamiento médico o quirúrgico recibido y si la fecha recibe tratamiento o hasta hace cuándo lo recibió.</p> | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido variación de mas de 5 Kg. de peso en este último año? | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Indique la causa probable: | | | | | | | |
| 2. Fecha de su último control o examen médico | | DÍA <input type="text"/> | MES <input type="text"/> | AÑO <input type="text"/> | Especialidad | | | | | |
| Motivo de consulta | | | | | | | | | | |
| Si fue por control general o preventivo, informe el resultado de este: | | | | | | | | | | |
| Si fue por enfermedad, informe el diagnóstico médico: | | | | | | | | | | |
| 3. ¿Se ha medido la presión arterial en los últimos dos años? | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Alta <input type="radio"/> | Baja <input type="radio"/> | Normal <input type="radio"/> | No conoce el resultado <input type="radio"/> | | | | |
| ¿Toma algún medicamento para la presión arterial? | | Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | ¿Cuál? | | | | | | | |
| Si usted ha tenido otra enfermedad no indicada en las siguientes preguntas, debe ser declarada igualmente en el espacio de "Otras enfermedades, hospitalizaciones, cirugías o procedimientos" | | | | | | | | | | |
| <p>4. ENFERMEDADES MENTALES O PSIQUIÁTRICAS O DEL COMPORTAMIENTO: Por ejemplo, trastornos del ánimo, ansiedad-depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, bulimia, anorexia, dependencia de alcohol-drogas, trastorno afectivo bipolar, trastornos de la memoria, autismo, síndrome de Asperger, u otras.</p> | | | | | | | | | | |
| En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio: | | | | | | | | | | |
| <p>5. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO: Por ejemplo derrame o trombosis cerebral, accidentes cerebrovasculares, aneurismas cerebrales, hidrocefalias, fistulas del líquido cefalorraquídeo, tumores o quistes cerebrales, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, parálisis, convulsiones o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.</p> | | | | | | | | | | |
| En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio: | | | | | | | | | | |
| <p>6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO: Por ejemplo, asma, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía, tuberculosis, alergias respiratorias, rinitis, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones), antecedente de infección por COVID-19 que haya requerido hospitalización, desviación del tabique nasal, adenoides o amígdalas hipertróficas, hipertrrofia de cornetes, tumores de la vía respiratoria, o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio ¿utiliza oxígeno, BPAP o CPAP?</p> | | | | | | | | | | |
| En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio: | | | | | | | | | | |
| <p>7. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN Y SISTEMA CIRCULATORIO: Por ejemplo, hipertensión arterial, infarto del corazón, preinfarto, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática del corazón, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, varices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.</p> | | | | | | | | | | |
| En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio: | | | | | | | | | | |
| <p>8. ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO: Por ejemplo, gastritis diagnosticada con endoscopia, úlcera del estómago o del intestino, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos de la vesícula biliar, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar o páncreas.</p> | | | | | | | | | | |
| En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio: | | | | | | | | | | |
| <p>9. ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS Y DE LAS MAMAS: Por ejemplo, quistes en mamas u ovarios, miomas, endometriosis, endometritis, cáncer o tumores de mama, de ovarios o de útero, o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la vagina, de la mama y ovarios (indique si es lado derecho y/o izquierdo).</p> | | | | | | | | | | |
| En caso de contestar Sí , ampliar la información en este espacio: | | | | | | | | | | |

10. ENFERMEDADES RENALES O DEL SISTEMA GENITOURINARIO: Por ejemplo, infección urinaria a repetición, cálculos de vías urinarias, hiperplasia o cáncer de la próstata, enfermedad renal crónica, varicoceles, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

11. ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS O AUTOINMUNES: Por ejemplo, artritis reumatoidea, lupus, síndrome de Sjögren, Enfermedad de Graves, dermatomiositis, esclerodermia, artritis psoriásica, gota, enfermedades inmunitarias o autoinmunes.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

12. ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: Por ejemplo, hernias discales, lumbago, displasia de cadera, luxación de cadera, mal alineamiento de la rotula, lumbociática, artrosis, reumatismo, fracturas, síndrome del túnel carpiano, u otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones (indique si es lado derecho o izquierdo).

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

13. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS: Por ejemplo: hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio, obesidad, diabetes, alteraciones metabólicas, resistencia a la insulina, enfermedad de Addison, anemias o tumor de la hipófisis o tiroides o cualquier otra enfermedad de las glándulas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

14. MALFORMACIONES, ENFERMEDADES CONGÉNITAS O DEL DESARROLLO: Por ejemplo, labio leporino, pie equino, displasia de cadera, luxación congénita de la cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, afecciones relacionadas con el parto prematuro y/o secuelas, o cualquier otra alteración o patología congénita.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

15. TUMORES Y/O ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS: Por ejemplo, masas, cáncer, leucemia, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

16. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO: Por ejemplo, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, acné severo, melanoma, manchas de nacimiento, rosácea, vitíligo, lipomas u otras enfermedades dermatológicas.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

17. ENFERMEDADES DEL OIDO, NARIZ Y GARGANTA: Por ejemplo, otitis a repetición, amigdalitis a repetición, sordera, adenoides grandes, amígdalas grandes, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, cirugía de oídos, nariz o garganta o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

18. ENFERMEDADES OCULARES: Por ejemplo estrabismo, pterigios, cataratas, glaucoma, retinopatías, desprendimiento de retina o cualquier otra enfermedad o cirugía de los ojos (indique si es lado derecho o izquierdo).

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

19. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS: Por ejemplo, sífilis, gonorrea, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, leptospirosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

20. HISTORIA GINECOLÓGICA: ¿Se encuentra en estado de embarazo actualmente?

Sí No

Fecha de última regla

| | | |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

¿Cuál fue el resultado de la última citología?

¿Cuántos embarazos ha tenido?

¿Ha tenido abortos? Sí No

¿Cuántos?

Fecha de último embarazo

| | | |
|-----|-----|-----|
| DÍA | MES | AÑO |
|-----|-----|-----|

Parto

Cesárea

¿Enfermedades del embarazo?

Sí No

Amplíe la información en este espacio:

21. TRAUMATISMOS, ACCIDENTES Y QUEMADURAS: Indique cualquier accidente, con o sin secuelas con o sin procedimiento quirúrgico u hospitalario, (indique si es lado derecho o izquierdo).

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

22. EN CASO DE MENORES DE 5 (CINCO) AÑOS: Indique, ¿El nacimiento fue normal o por cesárea?

¿A tiempo? ¿Antes de tiempo?

¿Presentó alguna complicación?

Sí No

¿Requirió hospitalización el recién nacido?

Sí No

Ampliar la información en este espacio:

23. ¿HOSPITALIZACIONES ANTERIORES? Indique cualquier accidente, con o sin procedimiento quirúrgico u hospitalario, (indique si es lado derecho o izquierdo).

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

24. ¿PRÓTESIS? Señale si usted utiliza o ha utilizado algún tipo de prótesis o férula o implantes, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapasos, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas u otros.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

25. ¿OTRAS ENFERMEDADES, CIRUGÍAS O PROCEDIMIENTOS? Consigne aquí si usted padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica, enfermedad crónica y/o procedimientos quirúrgicos incluidos los realizados con fines estéticos, que no estén identificados anteriormente.

Sí No

En caso de contestar Sí, ampliar la información en este espacio:

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y SENSIBLES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales recolectan y recolectarán en observancia y cumplimiento de las normas especiales de la actividad aseguradora, de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO de manera LIBRE, PREVIA, EXPRESA e INFORMADA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i)estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone establecer relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender directa o a través de terceros las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente o a nombre de terceros, servicios comerciales, mercadeo, publicidad o de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros.vi) realizar el tratamiento de mis datos sensibles relacionados con mi estado de salud pasado, presente y futuro, para actividades propias de la póliza o seguro. Entiendo que como Titular de la información me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar, oponerme o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13 hoy compilado por el Decreto único reglamentario 1074 de 2015, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPAÑÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado. SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS SENSIBLES Y DE MENORES DE EDAD: Manifiesto que son facultativas las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles y en las que se recolecten datos de niños, niñas y adolescentes de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 y el Decreto Reglamentario 1377 de 2013 hoy compilado por el Decreto Único Reglamentario 1074 de 2015 del Ministerio de Comercio Industria y turismo. Finalmente, entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web <https://www.axacolpatria.co> donde también podré consultar la Política de Protección de Datos de LAS COMPAÑÍAS.

Revisada la declaración de salud en forma completa, no tengo nada más que declarar; autorizo a AXA COLPATRIA para solicitar a cualquier persona jurídica o natural, tales como, clínicas, hospitales, profesionales médicos, compañías de seguros, centros médicos, centros de imágenes diagnósticas, servicios de laboratorio clínico simple o especializado, etc.; información médica, respecto de a mí mismo o de quienes sea el representante legal, con el exclusivo 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 y prestación de servicios si es aceptado. El interesado declara que ha respondido en forma exacta y veraz cada una de las preguntas que constan en este documento. En consecuencia, la falsedad, omisión, error o reticencia en esta tendrá los efectos señalados en la cláusula de terminación unilateral del contrato.

NOMBRE DEL DECLARANTE

(En caso de menor de edad registre nombre de madre, padre o tutor legal que declara)

FIRMA DEL DECLARANTE

(En caso de menor de edad registre firma de madre, padre o tutor legal que declara)

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO

CIUDAD Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO

El tiempo de validez de este documento para la afiliación es de 30 días calendario.