

# DECLARACION DE SALUD

Aprobada por la Superintendencia de Salud

N° Folio Interno :



LO REGISTRADO EN LA DECLARACIÓN DE SALUD CUMPLE EL OBJETIVO DE PERMITIR A LA ISAPRE EVALUAR EL RIESGO DE SALUD DE LOS BENEFICIARIOS, RAZÓN POR LA QUE EL LLENADO COMPLETO, CORRECTO Y VERAZ DE LA MISMA TIENE COMO CONSECUENCIA RESGUARDAR A LOS BENEFICIARIOS DE EVENTUALES PROBLEMAS CON SU ISAPRE, YA QUE **ANTE UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE NO DECLARADA LA ISAPRE PUEDE NEGAR LA COBERTURA PARA DICHA ENFERMEDAD POR UN PLAZO DETERMINADO Y/O PONER TÉRMINO A SU CONTRATO DE SALUD.**

LA FIDELIDAD DE LO REGISTRADO EN ESTE FORMULARIO ES DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL INTERESADO, POR LO TANTO, ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, POR ÉL MISMO, DE SU PUÑO Y LETRA, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO, EN LOS TÉRMINOS QUE SE SEÑALAN MÁS ADELANTE.

## A. ANTECEDENTES DEL COTIZANTE

Nombre y Apellidos:

RUT:  -  Fecha Nacimiento:    Sexo:  M - masculino  F - femenino Estado Civil:  S - soltero  C - casado  V - viudo  D - divorciado

Nombre Institución de Salud actual:  Tipo de Afiliado:  D - dependiente  P - pensionado  I - independiente  V - voluntario

Nombre Empleador o entidad encargada del pago de la Pensión:  Profesión:

Actividad que desarrolla:  Tiene pensión de invalidez: Si  No  Causal:  1 - enfermedad común  2 - enferm. profesional o accidente del trabajo

Diagnóstico que originó la pensión de invalidez:  Estuvo antes en esta Isapre: Si  No

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

Debe individualizar a **todas las cargas legales** o familiares beneficiarios, ya que de lo contrario, si se demuestra que la omisión tuvo por objeto perjudicar a la Isapre (por ejemplo, intentar eludir la evaluación del riesgo de salud de la carga omitida), **la institución puede disponer la terminación del contrato de salud.**

Asimismo, deberá individualizar a aquellas personas que desea incorporar como cargas médicas.

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (incluido el potencial cotizante)							
Nombre y Apellidos	Rut	Relación familiar con el cotizante 01 - cónyuge <input type="checkbox"/> 04 - hijos <input type="checkbox"/> 02 - padre <input type="checkbox"/> 05 - otros <input type="checkbox"/> 03 - madre <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	Sexo M - masculino F - femenino	Tipo de carga L - legal M - médica	Peso Kilos	Altura Metros

## C. LISTADO DE PREGUNTAS

### IMPORTANTE

DEBE RESPONDER EN FORMA PRECISA LAS PREGUNTAS DE ESTE LISTADO, CONSIGNANDO TODAS AQUELLAS **ENFERMEDADES, PATOLOGÍAS O CONDICIONES DE SALUD** QUE LE HAYAN SIDO **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 RECUPERADO Y DADO DE ALTA.

ESTE LISTADO ES SÓLO REFERENCIAL, DE MODO QUE SI USTED HA TENIDO OTRA ENFERMEDAD NO INDICADA AQUÍ, DEBE SER DECLARADA IGUALMENTE.

Nombre y Apellidos del beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico	Declara

1. ENFERMEDADES MENTALES O PSIQUIÁTRICAS O DEL COMPORTAMIENTO: por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.) Si  No

2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO: por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalias, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, tumor cerebral, 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 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 CORAZON Y SISTEMA CIRCULATORIO: por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias (palpitaciones), 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, enfermedades 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


6. ENFERMEDADES GINECOLOGICAS 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 riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicoceles, 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 REUMATOLOGICAS O DEL SISTEMA OSTEOMOSCULAR: 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 HEMATOPOYETICO: 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 METABOLICAS: 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 edocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

Si  No


11. MALFORMACIONES Y/O ENFERMEDADES CONGENITAS: por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, o cualquier otra anomalía, defecto físico o patología congénita.

Si  No


12. TUMORES Y/O ENFERMEDADES ONCOLOGICAS: por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

Si  No


--

13. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO: por ejemplo, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, melanoma, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.

Si  No


14. ENFERMEDADES DEL OIDO, NARIZ Y GARGANTA: por ejemplo, otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

Si  No


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

Si  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.

Si  No


17. ENFERMEDADES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO: por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro. ¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Sección B de este formulario está embarazada actualmente?

Si  No


18. TRAUMATISMOS, 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. CIRUGIAS ESTETICAS: por ejemplo, rinoplastía, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastía o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.

Si  No


20. INFERTILIDAD O ESTERILIDAD: Indique si usted o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.

Si  No


21. LICENCIAS MEDICAS ANTERIORES: ¿Ha tenido usted 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 usted o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.

Si  No


23. PROTESIS, ORTESIS: 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  No


24. OTRAS ENFERMEDADES: Consigne aquí si usted o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad crónica que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente.

Si  No


#### D. DECLARACION DEL INTERESADO

Revisada la declaración de salud en forma completa, **no tengo nada más que declarar.**

El interesado que suscribe **autoriza a la Isapre para solicitar** a cualquier persona jurídica o natural, tales como, clínicas, hospitales, profesionales médicos, matronas, compañías de seguros, A.F.P., I.N.P, información médica, previsional y laboral, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios 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 del mismo.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá obtener 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.

El interesado declara que **ha respondido en forma exacta y veraz** cada una de las preguntas que constan en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma y Huella digital del interesado

\_\_\_\_\_  
Fecha de puño y letra del interesado

#### E. EVALUACION CONTRALORIA MEDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

Las restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas por el interesado en este documento, respecto de él y sus beneficiarios, se aplicarán por un plazo máximo de 18 meses, contados desde el primer día del mes siguiente al de suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura:

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Médico de la Isapre

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### F. RESULTADO DE LA EVALUACION POR PARTE DE LA ISAPRE

**Aceptado** :  Sin restricción :  Con restricción :

**Rechazado**:

(Si la Isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados)

**En caso de rechazo**, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

SI :  NO :

#### G. SUSCRIPCION DE LA DECLARACION DE SALUD

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas : SI :  NO :

\_\_\_\_\_  
Firma Cotizante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y RUT Agente de Ventas

\_\_\_\_\_  
Firma y RUT Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N asociado :