

## DECLARACIÓN DE SALUD

N° Folio

### 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:

1. **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
2. **TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD.**

ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, CON LETRA IMPRENTA, DE SU PUÑO Y LETRA, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.

### A.- ANTECEDENTES DEL COTIZANTE

Nombres  Apellido Paterno  Apellido Materno

RUN  Fecha Nacimiento  Día / Mes / Año

Nombre Institución de Salud Actual

¿Tiene pensión de Invalidez?  Sí / No Causal  1 : Enfermedad común  
2 : Enfermedad profesional o accidente del trabajo

Diagnóstico que originó la pensión de Invalidez

Estuvo antes en esta ISAPRE  Sí / No

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

Debe individualizar a todas sus 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 DEL BENEFICIARIOS (INCLUIDO EL COTIZANTE)

Nombres y Apellidos	RUN	Relación Familiar con el cotizante 01. Cónyuge 02. Padre 03. Madre 04. Hijos 05. Otros	Fecha de Nacimiento	Sexo M : Masculino F : Femenino	Tipo de Carga L : Legal M : Médica	Peso	Talla

**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. Diaanóstico	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


**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 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  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 otra anomalía o patología congénita

SI  NO


**12.- Tumores y/o enfermedades oncológicas**

Por ejemplo: cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

SI  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.

SI  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.

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.

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.- 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 alguno 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, audífonos, 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 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 y Huella digital del Interesado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**E. EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA**

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**F. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE**

Aceptado :  Sin restricción  Con restricción

Rechazado :  Motivo del Rechazo :

(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.

Sí  No

**G. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD**

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas. Sí  No

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Run Agente de Ventas

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

Folio F.U.N. asociado :

**COMPROBANTE DE RECEPCION DECLARACION  
PERSONAL DE SALUD**

<b>N° Folio Declaración de Salud</b>	
<b>Nombre del Postulante</b>	
<b>R.U.N. del postulante</b>	
<b>Fecha del llenado de la declaración</b>	
<b>Fecha de respuesta a la solicitud</b>	

Nombre del representante de la Isapre : \_\_\_\_\_

R.U.T. del representante de la Isapre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Representante de la Isapre

\_\_\_\_\_  
Firma Postulante

**COMPROBANTE DE RECEPCION DECLARACION  
PERSONAL DE SALUD**

<b>N° Folio Declaración de Salud</b>	
<b>Nombre del Postulante</b>	
<b>R.U.N. del postulante</b>	
<b>Fecha del llenado de la declaración</b>	
<b>Fecha de respuesta a la solicitud</b>	

Nombre del representante de la Isapre : \_\_\_\_\_

R.U.T. del representante de la Isapre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Representante de la Isapre

\_\_\_\_\_  
Firma Postulante