

## Cuestionario de **Maternidad**

FAVOR COMPLETAR POR LA SOLICITANTE DE LA COBERTURA

### Sección I. **Datos** de la Solicitante

1. Apellidos:		2. Nombres:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
3. Fecha de nacimiento:	4. Estatura:	5. Peso:	6. Tipo sanguíneo:		
<input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>	<input type="text" value="Metros Pies"/>	<input type="text" value="Kilos Libras"/>	<input type="text" value="RH"/>		
7. ¿Fumadora?	8. Cigarrillos por día:	9. ¿Desde cuándo?	10. ¿Hasta cuándo?		
<input type="text" value="Sí No"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="AAAA"/>	<input type="text" value="AAAA"/>		

### Sección II. **Antecedentes** obstétricos

#### ¿QUÉ CANTIDAD HA TENIDO DE?

1. Embarazos:	2. Partos naturales:	3. Cesáreas:	4. Abortos:	5. Partos prematuros:	6. Partos complicados:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Hijos con complicaciones perinatales o enfermedades:			8. Hijos con enfermedades congénitas:		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

9. Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa:

### Sección III. **Antecedentes** médicos personales

#### ¿HA TENIDO USTED ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES O ENFERMEDADES?

<b>1</b> Enfermedades congénitas o hereditarias	<input type="text" value="Sí No"/>
<b>2</b> Diabetes, cáncer; desórdenes hematológicos, enfermedad cardiovascular; endocrina o renal	<input type="text" value="Sí No"/>
<b>3</b> Legrados, cirugías o biopsias de útero, ovarios, trompas, mamas o vagina	<input type="text" value="Sí No"/>
<b>4</b> Tumores del aparato ginecológico, Papanicolaou o mamografía anormal	<input type="text" value="Sí No"/>
<b>5</b> Infertilidad, trastornos menstruales o endometriosis	<input type="text" value="Sí No"/>
<b>6</b> Embarazos múltiples, eclampsia/pre-eclampsia, placenta previa, embarazos ectópicos o incompatibilidad de tipo sanguíneo	<input type="text" value="Sí No"/>
<b>7</b> Complicaciones del parto o el embarazo, enfermedades que no han sido mencionadas anteriormente	<input type="text" value="Sí No"/>

Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa (fechas, diagnósticos, tratamientos, nombre e información de contacto del médico):

## Sección IV. **Antecedentes** médicos familiares

### ¿EXISTEN EN SU FAMILIA ANTECEDENTES DE?

1. Enfermedades congénitas	Sí	No	2. Enfermedades hereditarias	Sí	No	3. Diabetes tipo I	Sí	No
4. Cardiopatías	Sí	No	5. Embarazos múltiples o con complicaciones	Sí	No	6. Partos con complicaciones	Sí	No

7. Por favor explicar en detalle las respuestas contestadas de manera afirmativa:

## Sección V. **Información** del médico tratante

1. Apellidos:	<input type="text"/>	2. Nombres:	<input type="text"/>
3. Dirección:	<input type="text"/>	4. Correo electrónico:	<input type="text"/>
5. Teléfono de la oficina:	<input type="text" value="+"/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/>	6. Teléfono celular:	<input type="text" value="+"/> <input type="text" value="-"/> <input type="text" value="-"/>
7. Firma y sello del profesional:	<input type="text" value="X....."/>	8. Fecha:	<input type="text" value="D D / M M / A A A A"/>

**VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.**

Compañía registrada en Ecuador

Servicios de administración ofrecidos por VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Edificio Omega, piso 4, oficina 10 y 11, calle La Pradera N30-26 y San Salvador Centro Norte

Teléfonos Generales: +593-4-3902033 | +593-4-3922506 | +593-4-2136705

[www.vumilatina.com](http://www.vumilatina.com)