



## DECLARACION DE SALUD

### 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

N° Cédula de Identidad (RUT)

17315088

1

GODOY

Apellido Paterno

HENRIQUEZ

Apellido Materno

VALENTINA DEL PILAR

Nombres

999 Fonasa

Institución de salud Actual

Fecha  
Nac.

15 02 90

Día Mes Año

Tiene Pensión  
de Invalidez

N

S= Sí  
N= No

Causal

0

1 = Enfermedad común.  
2 = Enferm. Profesional o  
accidente del trabajo.

Estuvo antes  
en esta isapre

S

S= Sí  
N= No

Diagnóstico que originó la pensión de invalidez

**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 BENEFICIARIO (incluido el potencial cotizante)**

Apellidos	Nombres	RUT	R.F.C.(1)	Fec. Nac.			Sexo (2)	T.C. (3)	Peso	Talla (Estatura)
GODOY HENRIQUEZ	VALENTINA DEL PILAR	17315088-1	00	15	02	90	F		62	1.63

**(1) RELACIÓN FAMILIAR CON EL COTIZANTE**

01 = Cónyuge 02 = Padre 03 = Madre  
04 = Hijo 05 = Otros 06 = Conviviente Civil

**(2) SEXO**

M = Masculino - F = Femenino

**(3) TIPO DE CARGA**

L = Legal - M = Médica

**C. LISTADO DE PREGUNTAS****IMPORTANTE**

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. DIAGNÓSTICO
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------

1. Enfermedades mentales o psiquiátricas del comportamiento : Enfermedades mentales o psiquiátricas del comportamiento :por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.). **DECLARA**  
 SÍ  NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------

2. Enfermedades del sistema nervioso : Enfermedades del sistema nervioso :por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes hidrocefalia, TEC, fístulas 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. **DECLARA**  
 SÍ  NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------

3. Enfermedades del sistema respiratorio : Enfermedades del sistema respiratorio :por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratoria altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio. **DECLARA**  
 SÍ  NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO
VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	BRONQUITIS		10/2018

4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio : Enfermedades del corazón 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. **DECLARA**  
 SÍ  NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------

5. Enfermedades del sistema digestivo : 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. DECLARA  
 SÍ  NO

VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	GASTROENTERITIS		07/2018
VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	DIARREA		08/2018

6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas : 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 DECLARA  
 SÍ  NO

--	--	--	--

7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario : Enfermedades renales o del sistema genitourinario :por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñon, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñon uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales DECLARA  
 SÍ  NO

--	--	--	--

8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular : 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. DECLARA  
 SÍ  NO

VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	DISCOPATÁ C4-C5, PROTRUSIÓN		01/2017
--	-----------------------------	--	---------

9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético : 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. DECLARA  
 SÍ  NO

--	--	--	--

10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas : 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. DECLARA  
 SÍ  NO

--	--	--	--

11. Malformaciones y/o enfermedades congénitas : Malformaciones y/o enfermedades congénitas :por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, o cualquier otra anomalía, defecto físico o patología congénita. DECLARA  
 SÍ  NO

--	--	--	--

12. Tumores y/o enfermedades oncológicas : Tumores y/o enfermedades oncológicas :por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos pólipos de cualquier localización. DECLARA  
 SÍ  NO

--	--	--	--

13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo : Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo :por ejemplo, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuelas de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, melanoma, rosácea, u otras enfermedades dermatológicas. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

14. Enfermedades del oído nariz y garganta : Enfermedades del oído nariz y garganta :por ejemplo, otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

15. Enfermedades oculares : Enfermedades oculares :por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

16. Enfermedades infecciosas y parasitarias : 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. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

17. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio : Enfermedades del embarazo, parto o puerperio :por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

18. Traumatismos, accidentes y quemaduras : Traumatismos, accidentes y quemaduras :Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

19. Cirugías estéticas : Cirugías estéticas :por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

20. Infertilidad o Esterilidad : Infertilidad o Esterilidad :Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

21. Licencias médicas anteriores : 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 números de días de la(s) licencia(s). DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

22. Indique Hospitalizaciones anteriores : Indique Hospitalizaciones anteriores :Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico. DECLARA  SÍ  NO

--	--	--	--

23. Prótesis Ortesis : Prótesis Ortesis :señales si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audifonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas. DECLARA  
 Sí  NO

--	--	--	--

24. Otras enfermedades : 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 crónica que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente. DECLARA  
 Sí  NO

--	--	--	--

#### D. DECLARACIÓN DEL INTERESADO

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.

27/05/2019

---

Firma del Interesado

---

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		
VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	BRONQUITIS				
VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	GASTROENTERITIS				
VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	DIARREA				
VALENTINA DEL PILAR GODOY HENRIQUEZ	DISCOPATÁ C4-C5, PROTRUSIÓN			M51.9	Rechazado



MARIA ANDREA LOYOLA MUÑOZ

Nombre y Firma Médico de la Isapre

30/05/2019

Fecha

**F. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE**Aceptado:  Sin Restricción:  Con Restricción: Rechazado: 

Motivo Rechazo

RNM 03/2017 PROTRUSION C4/C5 C/ COMPRESION MEDULAR, PROTRUSION C5/C6, C6/C7

(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. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD**El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas. Si:  No: 

30/05/2019

Firma Cotizante

Fecha

Firma y RUT Agente de Ventas

Firma y RUT Supervisor del proceso de afiliación