



CUESTIONARIO PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

	SI	NO
1.- ¿Ha sido diagnosticado en los últimos 3 meses de alguna enfermedad respiratoria? En caso afirmativo, indicar cual _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Alguno de sus amigos o familiares que haya visitado recientemente está siendo atendido por alguna enfermedad respiratoria? En caso afirmativo, ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días? Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Falta de aliento o aire <input type="checkbox"/> Malestar (cansancio similar a la gripe/cuerpo cortado) <input type="checkbox"/> Rinorrea (secreción de moco de la nariz) <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómito y/o diarrea <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Le han realizado test o pruebas de laboratorio para diagnosticar SARS COV2 / COVID-19, con resultado positivo? En caso afirmativo referir: Que tipo de prueba: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Se le ha diagnosticado con coronavirus SARS COV2 / COVID-19? En caso afirmativo referir: Fecha: _____ Atención en casa u hospital: _____ Tratamiento: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1.- ¿Se realizó un test o prueba de laboratorio SARS COV2 / COVID-19 con resultado negativo al término del padecimiento? En caso afirmativo, anexar copia del informe médico final y referir: Fecha: _____ Que tipo de prueba: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Presento alguna secuela del SARS COV2 / COVID-19? En caso afirmativo referir: Tipo de secuela: _____ Tratamiento médico: _____ Estado actual (anexar informe médico): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Usted está o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado por coronavirus SARS COV2 / COVID-19? En caso afirmativo especificar la fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿En los últimos 14 días ha realizado viajes fuera de su estado (entidad federativa)? En caso afirmativo especificar: Fecha: _____ Medio de transporte: _____ Destino: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Tiene planeado realizar algún viaje fuera de su entidad en los próximos días? En caso afirmativo referir: Fecha inicio: _____ Fecha termino: _____ Destino: _____ Medio de transporte: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- ¿Ha participado o asistido en eventos masivos en los últimos 15 días? En caso afirmativo referir: Fechas: _____ Lugares: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- ¿Cuenta con la aplicación de alguna vacuna contra el SARS COV2 / COVID-19? En caso afirmativo referir: Fecha de aplicación primera dosis: _____ Fecha de aplicación segunda dosis: _____ Vacuna aplicada: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- ¿Utiliza más de dos veces a la semana el transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lugar y fecha:

Nombre y Firma del Contratante

Nombre y Firma del Solicitante

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por MAPFRE México ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de enero de 2023, con el número CNSF-S0041-0378-2022/CONDUSEF-005526-02"

Documento no válido