



FOREN N°

**1 - BENEFICIARIOS**

Nombres	Fecha de Nacimiento	Edad	Talla	Peso	Código
Titular:					
Dependientes:					

Códigos Dependientes 1. Cónyuge/Conviviente 2. Hijos 3. Otros

**2 - INDICAR LAS ENFERMEDADES QUE TIENEN O HAN PADECIDO EN (favor marque con una X Sí o No):**

	Sí	No	N°
1- Desordenes de corazón, dolor de pecho, fiebre reumática, soplo del corazón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Cáncer, Leucemia, protuberancia o tumor de cualquier tipo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Malformaciones congénitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Diabétes, glucosa en la orina, tiroides o cualquier otro desorden glandular o sanguíneo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Presión arterial alta, padecimientos de venas, arterias o desórdenes circulatorios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Problemas respiratorios o de los pulmones, laringe, rinitis, asma, dificultad respiratoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Enfermedades de los riñones, la vejiga, o el aparato reproductivo, próstata, cálculos renales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Hemorroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Desórdenes del aparato digestivo, vesícula, páncreas, hígado, estómago, intestino, colon, hernias, sangrado digestivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Desorden de los ojos, oídos, nariz, garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Padecimientos nervioso o mentales, parálisis, epilepsia, antecedentes cerebrovasculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Alguna otra enfermedad, desorden, cirugía, invalidez o accidente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Para solicitantes Mujeres**

13- Embarazo actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- ¿Tiene o a tenido algún padecimiento de los senos, útero, ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- N° de embarazos, Cesareas, Abortos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hábitos**

16- Qué y cuántos fuma al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Ha recibido tratamiento médico para dejar el consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- ¿Tiene alguna cirugía pendiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20- ¿Intervenciones quirúrgicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3 - DETALLE DE LA ENFERMEDAD SÍ SU RESPUESTA ES SÍ**

Nombres	Diagnóstico	Fecha Inicio	Médico Tratante	Teléfono

**4 - DECLARACIÓN Y FIRMAS**

El contratante que suscribe el presente documento, que forma parte integrante del Contrato de Salud, declara que la información proporcionada en la Declaración de Salud, es completa y verdadera, respecto de él y de los Afiliados incorporados en el FOREN, informando la existencia de toda enfermedad, intervención quirúrgica, accidentes con o sin secuelas o impedimentos, uso de reposos médicos, tratamientos médicos o psiquiátricos, cualesquiera que sea su naturaleza, que hayan sido padecidas y/o diagnosticadas medicamente o no, con anterioridad a la suscripción del contrato con Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana, S.A..

El Contratante que suscribe el presente documento expresa bajo juramento, que la información proporcionada en esta declaración es completa y verdadera. DE VERIFICARSE QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON INCOMPLETOS, FALSOS, ERRONEOS, serán causales para no tramitar el Contrato, anularlo o no restituir gastos incurridos.

Autorizo a cualquier Médico, Hospital o Institución Médica a que proporcione a Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana, S.A., información relacionada con mi estado físico o mental, incluyendo los resultados de cualquier examen, y estoy de acuerdo en que esta autorización permanezca válida después de mi muerte.

En calidad de Afiliado declaro haber recibido un ejemplar del Contrato y acepto las exclusiones que Auditoría médica establezca.

\_\_\_\_\_  
FIRMA CONTRATANTE


**VIDABUENA**

Salud para todos

**DECLARACIÓN DE SALUD**

 FOREN N° 

ADJUNTAR COPIA DE CÉDULA

PARA USO DE SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR VIDASANA, S.A.

**A - RESOLUCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA**

 CONTRATO APROBADO 

 CONTRATO NO APROBADO 

 CONTRATO APROBADO CON  
EXCLUSIONES 
**B - OBSERVACIONES**


---



---



---



---



---

**C - IDENTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DECLARADAS**

Enfermedad	Afectado	Relación	Plan

**D - CONDICIONES ESPECIALES**


---



---



---



---



---

**E - MÉDICO AUDITOR**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**F - ACEPTACIÓN O NO DE CONDICIONES PARA EMISIÓN DEL CONTRATO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Acepto condiciones establecidas \_\_\_\_\_

Firma del contratante

SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR VIDASANA, S.A.