

# QÜESTIONARI DE SALUT

## CUESTIONARIO DE SALUD

### 1. DADES PERSONALS. DATOS PERSONALES

Nom. Nombre \_\_\_\_\_ Cognoms. Apellidos \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Data naixement. Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Adreça. Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Població. Población \_\_\_\_\_ Codi Postal. Código Postal \_\_\_\_\_

### 2. ANTECEDENTS. ANTECEDENTES

Algun membre de la seva família, que tingui consanguinitat amb vostè, pateix o ha patit alguna malaltia hereditària?  
*¿Algún miembro de su familia, que tenga consanguinidad con usted padece o ha padecido alguna enfermedad hereditaria.?*

SI  NO  Quina? *¿Cuál?* \_\_\_\_\_

Li han practicat alguna intervenció quirúrgica? *¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?* SI  NO   
De quin tipus? *¿De que tipo?* \_\_\_\_\_

Ha patit algun accident amb lesions corporals? *¿Ha sufrido algún accidente con lesiones corporales?* SI  NO   
Quin, quan, seqüeles? *¿Cuál, cuándo, secuelas?* \_\_\_\_\_

Porta alguna pròtesi o material d'osteosíntesi? *¿Lleva alguna prótesis o material de osteosíntesis?* SI  NO   
Quin i localització? *¿Cuál y localización.* \_\_\_\_\_

Ha rebut tractament quimioteràpic o radioteràpic? *¿Ha recibido tratamiento de quimioterapia o radioterapia?* SI  NO   
Causa. *Causa* \_\_\_\_\_

Pateix alguna malaltia crònica? *¿Padece alguna enfermedad crónica?* SI  NO  Tipus. *Tipo* \_\_\_\_\_

S'ha fet la prova de la SIDA? *¿Se ha hecho la prueba del SIDA?* SI  NO  Amb quin resultat? *¿Con qué resultado?* \_\_\_\_\_

Pes en Kg. *Peso en Kg* \_\_\_\_\_ Alçada en cm. *Altura en cm.* \_\_\_\_\_

### Pateix o ha patit en els últims anys alguna malaltia del òrgans, aparells o sistemes següents?

*¿Padece o ha padecido en los últimos años alguna enfermedad de los órganos, aparatos o sistemas siguientes?*

En cas afirmatiu, marqui amb una X l'apartat corresponent, i indiqui de quina malaltia es tracta i des de quan.

*En caso afirmativo, marque con una X el apartado correspondiente, e indique de qué enfermedad se trata y desde cuándo.*

Aparell circulatori i cor. *Aparato circulatorio y corazón.* \_\_\_\_\_

Aparell respiratori. *Aparato respiratorio.* \_\_\_\_\_

Sistema nerviós central (epilèpsia, parkinson, alzheimer, etc) . *Sistema nervioso central (epilepsia, parkison, alzheimer etc.)* \_\_\_\_\_

Aparell digestiu (ulcus, colón). *Aparato digestivo (ulcus, colón)* \_\_\_\_\_

Aparell genitourinari (ronyons, pròstata, bufeta). *Aparato genitourinario (riñones, próstata, vejiga)* \_\_\_\_\_

Aparell genital femení. *Aparato genital femenino.* \_\_\_\_\_

Ossos i articulacions (artrosi, artritis). Especifiqueu-ne la localització. *Huesos y articulaciones (artrosis, artritis) Localización* \_\_\_\_\_

Fetge i pàncrees (cirrosi, hepatitis, pancreatitis). *Hígado y páncreas (cirrosis, hepatitis pancreatitis)* \_\_\_\_\_

Diabetes. *Diabetes* \_\_\_\_\_

Hipertensió. *Hipertensión* \_\_\_\_\_

Vista (glaucoma, catarates, retina, etc.). *Vista (glaucoma, cataratas, retina)* \_\_\_\_\_

Pell (lesions, tipus). *Piel (lesiones, tipos)* \_\_\_\_\_

Alteracions en el comportament (neurosi, depressions, psicosi, demència). *Alteraciones en el comportamiento (neurosis, depresiones, psicosis, demencia)* \_\_\_\_\_

Pateix alguna malaltia o simptomatologia no especificada anteriorment? *¿Padece alguna enfermedad o sintomatología no especificada anteriormente.?* \_\_\_\_\_

Pren alguna medicació de forma regular o està fent algun tipus de tractament? Quin, perquè i des de quan. *¿Toma algún medicamento de forma regular o está realizando algún otro tratamiento? ¿Cuál, por qué y desde cuándo?* \_\_\_\_\_

Li han practicat recentment o està previst practicar-li alguna exploració o estudi? Quin i per quin motiu? *¿Le han practicado recientemente o está previsto practicarle alguna exploración o estudio? ¿Cuál y por qué motivo?* \_\_\_\_\_

Té algun impediment físic o psíquic? *¿Tiene algún impedimento físico o psíquico?* \_\_\_\_\_

Declaro solemnement que tota la informació que he aportat al qüestionari és veritable i completa. Entenc que una declaració falsa dóna dret a la GERMANDAT ST. JOAN BAPTISTA, MPS a l'anul·lació del contracte o bé a rebutjar qualsevol reclamació. Autoritzo a GERMANDAT ST. JOAN BAPTISTA, MPS a consultar o demanar la informació necessària als facultatius i hospitals que m'han atès, o que m'atenen actualment, per tal d'efectuar les comprovacions pertinents sobre el meu estat de salut. Tinc ple coneixement que GERMANDAT ST. JOAN BAPTISTA, MPS, no es farà càrrec d'aquelles patologies anteriors a l'entrada en vigor de l'assegurança.

Consenteixo expressament que aquestes dades siguin incloses en un fitxer automatitzat propietat de l'entitat citada, per activitats directament relacionades amb els contractes durant la seva vigència, la qual adoptarà les mesures necessàries per evitar llur alteració, pèrdua, tractament o accés no autoritzat. En compliment de la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal podré revocar el consentiment atorgat en qualsevol moment, així com exercir els meus drets d'accés, rectificació, cancel·lació, en els termes establerts en la legislació, dirigint-me a l'entitat.

*Declaro solemnemente que toda la información que he aportado en el cuestionario es verdadera y completa. Entiendo que una declaración falsa da derecho a GERMANDAT ST. JOAN BAPTISTA, MPS, a la anulación del contrato o bien a rechazar cualquier reclamación. Autorizo a GERMANDAT ST. JOAN BAPTISTA, MPS, a consultar o solicitar la información necesaria a los facultativos y hospitales que me han atendido, o que me atienden actualmente, para efectuar las comprobaciones pertinentes sobre mi estado de salud. Tengo pleno conocimiento de que GERMANDAT ST. JOAN BAPTISTA, MPS, no se hará cargo de aquellas patologías anteriores a la entrada en vigor del seguro. Consiento expresamente que estos datos sean incluidos en un fichero automatizado propiedad de la entidad citada, para actividades directamente relacionadas con los contratos durante su vigencia, la cual adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, de acuerdo con la normativa aplicable. En cumplimiento de la Ley Orgánica de Datos de Carácter Personal, podré revocar el consentimiento otorgado en cualquier momento, así como ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la legislación dirigiéndome a su entidad.*

DATA.FECHA

SIGNATURA. FIRMA