Liberty Seguros S.A.

CUESTIONARIO PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Se solicita que el diligenciamiento del cuestionario sea por el cliente
Favor adjuntar historia clínica de la EPS menor a 6 meses

Nombre:	**Documento:**	**Edad:**

1. Informe diagnóstico

Asma ☐	Neumotórax ☐	Cáncer de pulmón ☐
Bronquitis ☐	Tuberculosis ☐	Epoc ☐
Edema pulmonar ☐	Atelectasia ☐	Neumonía ☐

2. Fecha del diagnóstico | Día | Mes | Año |

3. Informe tratamiento: Medicamentos con nombre y dosis o cirugía

4. ¿Ha requerido manejo en urgencias, hospitalización o UCI? Sí ☐ No ☐
Informe detallado
| Día | Mes | Año |

5. ¿Ha requerido manejo quirúrgico? Sí ☐ No ☐
Informe tipo de cirugía

6. Hábitos
¿Consumo de cigarrillos? Sí ☐ No ☐ Nº de cigarrillos al día ☐ Nº de años fumando ☐
¿Practica ejercicio? Sí ☐ No ☐ Frecuencia ☐ Duración ☐

7. Incluya cualquier información adicional que considere relevante respecto al antecedente objeto de este cuestionario

LUGAR Y FECHA

| Día | Mes | Año |

FIRMA Y REGISTRO MÉDICO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA