

# QÜESTIONARI DE SALUT



Assistència  
Sanitària

A continuació s'exposen una sèrie de preguntes en relació amb les malalties i altres aspectes relatius a l'estat de salut. En cas que vostè presenti, o hagi presentat al llarg de la seva vida, cap d'aquests problemes, li preguem que marqui la casella de resposta afirmativa amb una X. En l'apartat d'observacions, per cada resposta afirmativa, indiqui el diagnòstic (si el coneix), la data de presentació i la situació actual. És important que aporti els INFORMES MÈDICS de què disposi. Assistència Sanitària es compromet a garantir la total confidencialitat del contingut d'aquest qüestionari.

**Advertència: Es prega a l'interessat que respongui totes les preguntes de manera completa i precisa, abstenint-se de substituir les contestes per línies o altres signes.**

Nom i cognoms .....

Adreça/Codi postal/Població .....

NIF/NIE..... Data de naixement ..... / ..... / ..... Edat ..... Sexe ..... Estat civil ..... Nombre de fills

Professió ..... Pes ..... kg. Estatura ..... m. Telèfons ..... / .....

Ha estat assegurat anteriorment a la nostra entitat?  NO  SÍ (data de baixa): .....

Els últims 12 mesos ha estat assegurat en una altra entitat?  NO  SÍ (Indiqui quina): .....

Està afiliat a la Seguretat Social?  NO  SÍ Té prevista alguna intervenció quirúrgica?  NO  SÍ (indiqui quina): .....

En aquest moment té un problema de salut?  NO  SÍ (en què consisteix): .....

## INTERVENCIONS QUIRÚRGIQUES

En cas que hagi estat intervingut quirúrgicament, indiqui per cada intervenció el motiu, la data en la qual es va realitzar i l'existència de seqüeles.

	Motiu	Data	Seqüeles
Intervenció 1	.....	.....	.....
Intervenció 2	.....	.....	.....

## INGRESSOS HOSPITALARIS

En cas que vostè hagi necessitat ingressar en un centre hospitalari indiqui el motiu i la data de cada ingrés, exceptuant aquells motivats per intervencions quirúrgiques o parts. Li ha quedat algun defecte o seqüela? En què consisteix? .....

	Motiu	Data	Seqüeles
Ingrés 1	.....	.....	.....
Ingrés 2	.....	.....	.....

## A. APARELL CARDIOVASCULAR

A.1 Angina de pit	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.5 Aritmies / palpitations	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.9 Trombosis/tromboflebitis	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
A.2 Infart de miocardi	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.6 Augment de colesterol	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.10 Aneurisme	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
A.3 Insuficiència cardíaca	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.7 Dificultat respiratòria a l'esforç	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.11 Bufs cardíacs	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
A.4 Hipertensió arterial(*)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.8 Varices a les cames	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	A.12 Altres problemes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

A. OBSERVACIONS: (\*Si té hipertensió arterial indiqui les xifres de tensió i la medicació que pren).....

## B. APARELL RESPIRATORI

B.1 Asma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	B.3 Tuberculosi pulmonar	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	B.5 Altres problemes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
B.2 Bronquitis crònica / emfisema	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	B.4 Dificultat respiratòria / ofeg	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		

B. OBSERVACIONS: .....

## C. SISTEMA NERVIÓS

C.1 Infart /embòlia cerebral	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	C.3 Tremolors / dificultat marxa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	C.5 Altres problemes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
C.2 Epilèpsia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	C.4 Parkinson	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		

C. OBSERVACIONS: .....

## D. APARELL DIGESTIU

D.1 Còlics biliars / litiasi biliar	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	D.5 Cirrosi hepàtica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	D.9 Hèrnia abdominal	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
D.2 Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	D.6 Úlcera d'estómac o duodè	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	D.10 Altres problemes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
D.3 Malaltia de Crohn	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	D.7 Femta negra o amb sang	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		
D.4 Hepatitis crònica	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	D.8 Reflux gastroesofàgic	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ		

D. OBSERVACIONS: .....

## E. ÒRGANS DELS SENTITS

E.1 Glaucoma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Correcció visual	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	Graduació	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
E.2 Cataractes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	E.5 Miopia*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	.....	E.9 Afonia	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
E.3 Trastorns de retina o màcula	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	E.6 Astigmatisme*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	.....	E.10 Altres problemes	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
E.4 Trastorn de l'audició / oïda	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	E.7 Hipermetropia*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	.....		
		E.8 Altres*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	.....		

E. OBSERVACIONS: (\*En cas de portar ulleres o lents de contacte indiqui el motiu i les diòptries correctores per cada ull).....

## F. APARELL LOCOMOTOR

F.1 Artrosi	NO	SÍ	F.5 Patologia del genoll	NO	SÍ	F.9 Patologia de maluc	NO	SÍ
F.2 Reumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.6 Material d'osteosíntesi per retirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.10 Altres problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F.3 Hèrnia discal / ciàtica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.7 Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
F.4 Escoliosi / desviació columna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.8 Fibromiàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

F. OBSERVACIONS: .....

## G. GENITOURINARI - NEFROLOGIA

G.1 Dificultat per orinar	NO	SÍ	G.3 Problemes prostàtics	NO	SÍ	G.5 Insuficiència renal	NO	SÍ
G.2 Incontinència urinària	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.4 Còlics de ronyó / litiasi renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.6 Altres problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. OBSERVACIONS: .....

## H. ENDOCRINOLOGIA

H.1 Diabetis tractada amb insulina	NO	SÍ	H.3 Trastorns de tiroide / paratiroides	NO	SÍ
H.2 Diabetis no tractada amb insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H.4 Altres problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. OBSERVACIONS: .....

## I. MALALTIES CONGÈNITES

I.1 Paràlisi cerebral	NO	SÍ	I.3 Espina bífida	NO	SÍ	I.5 Cardiopaties congènites	NO	SÍ
I.2 Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I.4 Llavi leporí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I.6 Altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. OBSERVACIONS: .....

## J. TRASTORNS PSÍQUICS

J.1 Ansietat	NO	SÍ	J.4 Trastorn bipolar	NO	SÍ	J.7 Altres	NO	SÍ
J.2 Depressió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J.5 Trastorns alimentaris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J.3 Esquizofrènia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J.6 Altres psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

J. OBSERVACIONS: .....

## K. GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

K.1 Malalties mamàries	NO	SÍ	Quants	K.4 Malalties ginecològiques	NO	SÍ
K.2 Part (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K.5 Actualment està embarassada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K.3 Avortaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K.6 Altres problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K. OBSERVACIONS: (\* Indiqui les dates) .....

## L. ALTRES MALALTIES

L.1 Consum de tabac	NO	SÍ	Quantitat diària	NO	SÍ	L.6 Malalties de la pell	NO	SÍ
L.2 Drogodependència	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.7 Alteracions sanguínies o dels ganglis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.3 Anticossos HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.4 Seqüeles de malalties prèvies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.8 Altres malalties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			L.5 Càncer o tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

L. OBSERVACIONS: (\* Recordi que per cada resposta afirmativa cal especificar el diagnòstic, la data, la situació actual i aportar els informes mèdics) .....

## M. MEDICACIÓ

En cas que vostè prengui medicaments de forma habitual, indiqui els noms comercials, la dosi i el temps que porta prenent-los.

	Nom medicament	Dosi	Data d'inici del tractament
1	.....	.....	.....
2	.....	.....	.....

## N . ALTRES PROBLEMES NO ESPECIFICATS ANTERIORMENT

.....  
.....

Recordi que per cada resposta afirmativa cal especificar el diagnòstic, la data i la situació actual, i aportar els informes mèdics.

Declaro estar informat del meu dret d'accés, rectificació, cancel·lació i posició de les dades personals de salut aportades que podran ser exercits davant ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS (Av. Josep Tarradellas, 123-127, 08029 Barcelona). Així mateix, afirmo que són exactes i veraces totes les circumstàncies declarades per mi en aquest "Qüestionari de Salut" que serviran de base al contracte a subscriure. He estat informat que, d'acord amb l'article 10 de la Llei de Contracte d'Assegurances, en cas de reserva o inexactitud en el moment d'omplir la present declaració, la persona assegurada perdrà el dret a la prestació garantida i l'entitat es reserva la facultat de rescindir automàticament el contracte.

....., ..... d ..... de .....

NIF/NIE .....

.....  
(signatura)

En nom propi.

Com a prenedor de l'assegurança (havent contrastat les respostes amb l'assegurat) o familiar major d'edat.