



3. Niños menores de 12 meses (preguntas a ser respondidas por el pediatra):

a.	Antecedentes patológicos personales y/o antecedentes patológicos familiares de la madre:	_____
b.	Edad gestacional al nacer:	_____
c.	Puntaje APGAR:	_____
d.	Circunferencia cefálica:	_____
e.	Examen cardiopulmonar:	
	- Pulmones:	_____
	- Corazón:	_____
f.	Examen psicomotor:	_____
g.	Conclusión médica:	_____
	Nombre y apellido del pediatra:	_____
	Firma y Sello del Pediatra:	_____ Fecha _____

4. Según su leal saber y entender:

	SI	NO
a. ¿Ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica; LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha consultado, está bajo tratamiento o examinado por algún médico, psiquiatra o psicólogo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha participado o piensa participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina carreras de automóvil? (si esta pregunta es afirmativa, por favor llene el formulario correspondiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. De las personas propuestas para seguro, ¿existe alguna residiendo en otro lugar? Indique a continuación el nombre, dirección y motivo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		
_____		

**FAVOR DE DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LA PREGUNTA 4.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firmado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del titular

\_\_\_\_\_  
Firma del intermediario

\_\_\_\_\_  
Código del intermediario