



1. Nombre completo del niño (a): _____
2. Fecha de nacimiento: _____
3. Nombre del padre: _____
4. Nombre de la madre: _____
5. En poder de quién se encuentra el niño: _____
6. ¿Fue el embarazo normal? Sí _____ No _____ ¿Por qué no? _____

7. Nombre del ginecólogo que llevó el control del embarazo: _____

8. Hospital o Sanatorio donde nació: _____
Dirección: _____
9. ¿Fue el nacimiento normal? Sí _____ No _____ ¿Por qué no? _____

10. Nombre del pediatra que atendió al niño al nacer: _____
Dirección: _____
11. Peso al nacer: _____ libras. Estatura: _____ metros.
12. Nombre del médico que atendió el parto: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
13. Nombre del pediatra que atiende al niño (a): _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
14. Que enfermedades ha padecido el niño (a): _____

15. Padece de algún mal crónico: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

16. ¿Ha sufrido accidentes graves que hayan dejado secuelas? No _____ Sí _____
¿Qué secuelas? _____
17. ¿Tiene alguna deformación o defecto físico? No _____ Sí _____ ¿Cuál? _____
18. ¿Qué año cursa en la escuela? _____ ¿Ha reprobado alguno? _____
_____ ¿Perdió por enfermedad? No _____ Sí _____ ¿Qué enfermedad? _____

19. ¿Padece alguno de sus hermanos enfermedad crónica o congénita? _____
Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

DECLARACIÓN:

Declaro que las respuestas anteriores dadas por mí, aunque no hayan sido escritas de mi puño y letra, son exactas y verídicas y son las que deben tomarse como base para la emisión del aseguramiento de la persona que se identifica en el número 1. Toda inexactitud u omisión de mi parte, debe tomarse como hecha por el niño ya que esta declaración la hago en su representación legal y, por lo tanto, faculta a la compañía a dar por canceladas las responsabilidades que produzca cualquier póliza que haya tomado esta declaración como base y fundamento de su emisión.

(f) _____
Representante del niño

_____ Fecha

(f) _____
Representante del niño

_____ Fecha

Autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas y laboratorios que hayan asistido o reconocido o que puedan asistir o reconocer en el futuro a: _____, para que suministren a Aseguradora General, S.A. las informaciones que ésta requiera relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

_____ de 20, ____

f) _____
Representante

_____ Documento Personal de Identificación No.