

Fecha de la boleta: ____ / ____ / ____ Fecha de la cita: ____ / ____ / ____

Médico Examinador:

Con el objeto de que nuestro cliente: _____

Cédula N° _____, cumpla con los requisitos solicitados por la Unidad de Selección de Riesgos para la obtención de un seguro, le agradecemos practicar el examen médico indicado a continuación:

Electrocardiograma de reposo y Valoración Cardiovascular

Nombre del Intermediario:

Firmado digitalmente por:

El Instituto Nacional de Seguros se reserva el derecho de solicitar otros requisitos que considere necesarios dentro del proceso de aseguramiento solicitado.

Los resultados de las pruebas realizadas son propiedad del INS, por lo que no podrán ser entregadas copias u originales al cliente hasta que la póliza sea emitida y las primas correspondientes estén pagadas.

Información importante y recomendaciones para el cliente

Si usted padece de Hipertensión Arterial o Diabetes Mellitus puede tomar su tratamiento con normalidad el día de la cita.

La tranquilidad favorece la obtención de mejores resultados. Si se siente agitado o alterado al llegar a su cita infórmelo al proveedor y espere el tiempo suficiente para que esto no interfiera con los resultados a obtener o bien valore reprogramar su cita.

Durante el examen se le solicitará que se descubra el Pecho, las Muñecas y los Tobillos, por lo cual es recomendable asistir a la cita con ropa cómoda que facilite la realización de la prueba. No es necesario depilar la zona en la cual se colocarán los electrodos.

Se le solicitará retirar objetos metálicos tales como aretes, pulseras, etc., ya que éstos pueden generar interferencias en el registro de la información.

El Médico le realizará consultas sobre sus padecimientos y medicamentos que usa, con el fin de tener una visión general de su condición de salud.

La información obtenida tanto de la entrevista como de la exploración será registrada en un formulario, el cual el Médico hará llegar al INS.