

# Cuestionario de Maternidad para Selección de Riesgos

(DEBE SER COMPLETADO POR LA SOLICITANTE)



## 1. INFORMACIÓN GENERAL DE LA SOLICITANTE

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_ GBG ID (si aplica): \_\_\_\_\_

Estatura actual: \_\_\_\_\_  metros  pies      Peso actual: \_\_\_\_\_  kilos  libras

## 2. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (SI ES DIFERENTE DE LA SOLICITANTE)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

## 3. HISTORIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de partos naturales: \_\_\_\_\_

Número de Cesáreas: \_\_\_\_\_ Número de nacimientos prematuros: \_\_\_\_\_

Número de abortos espontáneos: \_\_\_\_\_ Número de interrupciones terapéuticas del embarazo: \_\_\_\_\_

Está actualmente embarazada o tiene sospecha de embarazo?  Sí  No

3.1 En caso de cesáreas, por favor informe el motivo del procedimiento:

\_\_\_\_\_

3.2 En caso de parto prematuro, por favor refiérase a los siguientes:

a. Causa: \_\_\_\_\_

b. Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_

c. Número de días en el en el hospital (mamá y niño) \_\_\_\_\_

3.3 En caso de aborto o interrupción terapéutica del embarazo, proporcione la siguiente información:

a. Razón: \_\_\_\_\_

b. Semanas de embarazo: \_\_\_\_\_

3.4 Por favor responda las siguientes preguntas y proporcione los detalles de cualquier respuesta afirmativa:

a. ¿Alguna vez ha tenido un embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, placenta previa, desprendimiento de la placenta o incompatibilidad de la sangre?  Sí  No Si es sí, favor de brindar detalles.

\_\_\_\_\_

b. ¿Ha tenido usted o un miembro de la familia, un niño con trastornos congénitos o hereditarios, o un niño mortinato, un embarazo múltiple o cualquier complicación del embarazo o parto?  Sí  No Si marcó sí, favor de brindar detalles.

\_\_\_\_\_

# Cuestionario de Maternidad para Selección de Riesgos

(DEBE SER COMPLETADO POR LA SOLICITANTE)



## 3. HISTORIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA (CONTINUACIÓN)

c. ¿Alguna vez ha tenido antecedentes de cualquier trastorno ginecológico, es decir, trastornos menstruales, PAP anormal, fibromas, endometriosis, etc.?  Sí  No Si marcó sí, favor de brindar detalles.

d. ¿Alguna vez ha tenido cirugía del sistema reproductor (útero, ovarios, tubos, vagina, senos), conización del cuello del útero o cualquier otro procedimiento invasivo pelviano?  Sí  No Si marcó sí, favor de brindar detalles.

e. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada o tratada por hipertensión arterial, diabetes, trastornos cardiovasculares, anemia, trastornos renales o hormonales?  Sí  No Si es sí, favor de brindar detalles.

f. ¿Fuma cigarrillos?  Sí  No Cantidad por día: \_\_\_\_\_

g. ¿Alguna vez ha sido sometida a cualquier tratamiento de fertilidad / infertilidad?  Sí  No Si marcó sí, favor de brindar detalles.

h. ¿Alguna vez le han diagnosticado, tratado o ha tenido algún síntoma ginecológico no mencionado anteriormente?  Sí  No Si es sí, favor de brindar detalles.

## AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Cuestionario y que éstas son completas y verdaderas a lo mejor de mi conocimiento. Cualquier omisión o respuesta incompleta o incorrecta puede dar lugar a la denegación de reclamos o cancelación de cobertura.

Firma de la Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

Por favor envíe el cuestionario completado a nuestro Departamento de Evaluación de Riesgos  
Al correo electrónico: [underwriting@gbg.com](mailto:underwriting@gbg.com)  
Dirección: 1000 Waterford Way, Suite 200  
Miami FL, 33126 USA.