



M Ú T U A  
General de Catalunya

## DECLARACIÓN DE SALUD

### INSTRUCCIONES

1. Rellenar la **declaración de salud** con bolígrafo. Es muy importante contestar todas las preguntas y que los datos sean verídicos.
2. Firmar el documento indicando el lugar y la fecha de la firma.
3. Separar las dos hojas de la **declaración de salud**.
4. Doblar el *Ejemplar para firmar y devolver a Mútua General de Catalunya* siguiendo las marcas de plegado. Humedecer las zonas engomadas y cerrar la **declaración de salud** para preservar la confidencialidad de los datos que contiene.
5. Devolver la **declaración de salud** a Mútua General de Catalunya.



## 1. DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos.....  
 Fecha de nacimiento ..... Edad ..... Peso ..... Altura.....  
 Teléfono..... Profesión .....  
 ¿Vive en pareja?  Sí  No Estado civil.....  
 ¿Tiene hijos?  Sí  No Nº de hijos vivos y edades .....

## 2. ANTECEDENTES

	nº	edad (si vive/n)	estado de salud	causa de la muerte	edad al morir
Padre					
Madre					
Hermanos vivos					
Hermanos fallecidos					

- ¿Algún miembro de su familia, en consanguinidad con usted, sufre o ha sufrido alguna enfermedad hereditaria?  Sí  No  
¿Quién? (indique el miembro de la familia afectado) .....
- ¿Es usted fumador?  Sí  No Nº cigarrillos al día..... Nº cigarros puros al día ..... Nº pipas al día .....
- ¿Consume bebidas alcohólicas habitualmente?  Sí  No  
Número vasos de vino al día ..... Número copas al día ..... Número cervezas al día .....
- ¿Hace o ha hecho uso de estupefacientes?  Sí  No  
¿Cuáles?..... ¿Hasta cuándo? .....
- ¿Practica algún deporte considerado de alto riesgo?  Sí  No ¿Cuál? .....
- Tensión arterial: Máx. ....mmHg. Mín. ....mmHg. Colesterol total..... Glucemia.....
- ¿Le han practicado alguna intervención quirúrgica?  Sí  No ¿Cuál?.....  
¿Cuándo?..... ¿Por qué motivo? .....
- ¿Qué secuelas le ha dejado (si procede)? .....
- ¿Ha sufrido algún accidente con lesiones corporales?  Sí  No ¿Cuál? .....
- ¿Cuándo?..... ¿Qué secuelas le ha dejado (si procede)? .....
- ¿Lleva alguna prótesis o material de osteosíntesis?  Sí  No ¿De qué tipo?.....  
¿Dónde está localizada? .....
- ¿Ha estado hospitalizado/a por otros motivos?  Sí  No ¿Por qué motivos? .....
- ¿Cuándo? .....
- ¿Ha recibido tratamiento quimioterápico o radioterápico?  Sí  No ¿A qué edad? .....
- ¿Durante cuánto tiempo?..... ¿Por qué motivo? .....

¿Padece o ha padecido en los últimos años alguna enfermedad en los siguientes órganos, aparatos o sistemas? En caso afirmativo marque con una X el apartado correspondiente e indique de qué enfermedad se trata y desde cuando la padece. Aporte informes médicos.

- Aparato digestivo** (esófago, estómago, intestino delgado, colon, recto, ano). Patologías: hernia de hiato, úlceras, diverticulitis, fisuras, eventraciones, colitis, pólipos, hemorroides, hernias inguinales, etc. ....
- Aparato respiratorio** (laringe, tráquea, bronquios, pulmones). Patologías: alergias, pólipos, nódulos, bronquitis, enfisemas, bronquiectasias, atelectasias, asma, etc. ....
- Aparato circulatorio** (sistema venoso, sistema arterial). Patologías: aneurismas, bypass, claudicación intermitente, tromboflebitis, varices, etc. ....
- Corazón**. Patologías: infartos, angina de pecho, arritmias, valvulopatías, bypass, marcapasos, etc. ....
- Sistema nervioso central** (cerebro, cerebelo, médula espinal). Patologías: epilepsia, Parkinson, Alzheimer, accidentes vasculares, esclerosis, demencia, aneurismas, parálisis infantil, migrañas, etc. ....
- Sistema nervioso periférico**. Patologías: neuropatías, compresiones nerviosas, túnel carpiano, ciatalgia, etc. ....

- Aparato urinario** (riñones, uréter, vejiga, uretra, próstata (hombres), cálculos urinarios, insuficiencia renal, incontinencia, quistes renales .....
- Aparato reproductor** (Mujeres: ovarios, trompas, útero, vagina, senos, quistes, pólipos, miomas, nódulos, endometriosis, fibromas. Hombres: hipertrofia o adenoma de próstata, hidrocele, patología testicular) .....
- Huesos y articulaciones** (brazos, caderas, rodillas, pies). Patologías: osteoporosis, artrosis, artritis, hallux valgus, pies planos, hernia discal, dedo en martillo, escoliosis, lumbago, etc. (especifique la localización).....
- Hígado y páncreas.** Patologías: cirrosis, pancreatitis, litiasis biliar, hepatitis (especifique el tipo), hepatitis crónica, etc. ....
- Sistema endocrino** (gándula tiroide, páncreas, glándula suprarrenal, hipófisis). Patologías: bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, etc. ....
- Diabetes, hipertensión arterial.** .....
- Alteraciones de la sangre, sistema inmunitario.** Patologías: anemias, leucemias, lupus o alguna otra enfermedad autoinmune, etc. ....
- Alteraciones metabólicas.** Patologías: gota, dislipemias, etc. ....
- Vista.** Patologías: glaucoma, cataratas, afecciones de la retina, miopía, astigmatismo, hipermetropía, presbicia, estrabismo, etc. (especifique la graduación).....
- Oído, nariz, garganta.** Patologías: sordera, afonía, desviación tabique nasal, otosclerosis, sinusitis, colesteatoma, amigdalitis de repetición, etc. ....
- Alteración del comportamiento.** Patologías: neurosis, depresiones, psicosis, toxicomanías, intentos de suicidio, trastorno de personalidad, etc. ....
- Tumores.** Extirpación de tumores, benignos y/o malignos (especifique la localización). ....
- Trasplante de algún órgano.** .....
- ¿Padece alguna enfermedad que no haya sido especificada en ninguno de los puntos anteriores?  Sí  No  
¿Cuál? .....
- ¿Toma alguna medicación de forma regular o está siguiendo algún tipo de tratamiento?  Sí  No  
¿Cuál? ..... ¿Por qué motivo? ..... ¿Desde cuándo?.....
- ¿Le han hecho recientemente, o tiene previsto que le hagan, alguna exploración, visita o estudio?  Sí  No  
¿De qué tipo? ..... ¿Por qué motivo?.....
- ¿Padece alguna disminución física o psíquica que le impida poder trabajar?  Sí  No  
¿Cuál? .....
- ¿Ha estado de baja en el último año?  Sí  No  
¿Cuántos días? ..... ¿Por qué motivo?.....

## ODONTOLOGÍA

- |   |                             |                             |                                 |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| ¿Le falta alguna pieza dental?            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas? .....                 |
| ¿Le han matado algún nervio (endodoncia)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántos? .....                 |
| ¿Lleva fundas en alguna pieza dental?     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Cuántas? .....                 |
| ¿Lleva prótesis fijas?                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿A cuántas piezas afecta? ..... |
| ¿Lleva dientes postizos removibles?       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿A cuántas piezas afecta? ..... |

De acuerdo con la legislación vigente, se autoriza a Mútua General de Catalunya para tratar y ceder mis datos personales para valorar, mantener y ejecutar los contratos de seguro solicitados o formalizados. Esta autorización incluye la solicitud de datos a los facultativos y a los hospitales que me hayan atendido, el posterior tratamiento de aquellos y la comunicación de datos entre la mutualidad y los centros prestadores de servicios para el cumplimiento, control o ejecución de prestaciones aseguradas, así como para otras cesiones procedentes en ejercicio de las funciones legítimas de la mutualidad.

**Otorgo mi consentimiento / No otorgo mi consentimiento** (tachar lo que no proceda) para que la mutualidad utilice mis datos para informarme de otros servicios y productos. Cualquier utilización de mis datos personales se efectuará siempre respetando el contenido de la legislación vigente y observando las medidas de seguridad aplicables y la debida confidencialidad.

He sido informado que mis datos personales se integrarán en un fichero automatizado que está en poder la Mútua y del cual ésta es responsable, y que se me garantizan mis derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, que puedo ejercer dirigiéndome a la sede de la mutualidad, ubicada en el número 5-11 de la calle Tuset de Barcelona.

Declaro solemnemente que toda la información que he aportado a la declaración de salud es verdadera y completa. Entiendo que una declaración falsa otorga derecho a Mútua General de Catalunya de Previsió Social a anular el contrato o bien a rechazar cualquier reclamación. Tengo pleno conocimiento de que Mútua General de Catalunya no se hará cargo de aquellas patologías anteriores a la entrada en vigor del seguro.

..... de ..... de 200 ..... Firma



**M Ú T U A**  
**General de Catalunya**

**Barcelona:** Tuset, 5-11 - 08006 - Tel. 93 414 36 00  
**Granollers:** Anselm Clavé, 37, 3º - 08402 - Tel. 93 860 02 88  
**Igualada:** Av. Barcelona, 178 - 08700 - Tel. 93 804 90 02  
**Mataró:** Camí Ral, 564, bjs. - 08302 - Tel. 93 741 47 42  
**Sabadell:** Gràcia, 118-124 - 08201 - Tel. 93 745 14 31  
**Sant Cugat del Vallès:** Hospital General de Catalunya. Pedro i Pons, 1 - 08195 - Tel. 93 589 08 51  
**Vic:** Rbla. Sant Domènec, 8, bjs. - 08500 - Tel. 93 881 46 44  
**Girona:** Rda. Sant Antoni M. Claret, 28 - 17002 - Tel. 972 41 42 30  
**Lleida:** Av. Blondel, 25, 1º 2ª - 25002 - Tel. 973 27 80 13  
**Tarragona:** Av. Roma, 14 - 43005 - Tel. 977 25 28 55  
**Palma de Mallorca:** Santiago Rusiñol, 13, bjs. izq. - 07012 - Tel. 971 42 57 72

[www.mgc.es](http://www.mgc.es)  
e-mail general: [mgc@mgc.es](mailto:mgc@mgc.es) - atención al mutualista: [atm@mgc.es](mailto:atm@mgc.es)