

Nombre y Apellidos del Trabajador

Nombre y Apellidos del Asegurado

D.N.I. del Asegurado Peso (Kg) Estatura (cm)

Consumo de tabaco (uds/día) Dioptrías: Ojo Derecho Ojo Izquierdo

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades que detallamos? **(marcar respuesta)**

- Neoplásicas (tumoraes)

SI NO

- Patología cardiaca susceptible de ser tratada por procedimientos invasivos

SI NO

- Cirugía cardiaca (antecedente)

SI NO

- Infarto/angor/angina (antecedente)

SI NO

- Valvulopatía o arritmia cardiaca

SI NO

- Patología vascular grave (aneurisma, derrame, Ictus, AIT...)

SI NO

- Neurocirugía

SI NO

- Enfermedad neurológica crónica y/o degenerativa: Enfermedad de Parkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, etc

SI NO

- Insuficiencia renal crónica (diálisis), poliquistosis renal

SI NO

- Trasplante

SI NO

- Enfermedad de origen autoinmune o vascular: Enfermedades reumatológicas autoinmunes, colagenosis, espondilitis anquilosante, fibromialgia, sarcoidosis, psoriasis articular, hemocromatosis, hemofilias, anemias autoinmunes, porfiria, lupus, psoriasis articular etc...

SI NO

- Hepatitis B (Ag+), Hepatitis C, Hepatitis D

SI NO

- Implantación o recambio de prótesis

SI NO

- Cirugía de columna vertebral

SI NO

- Diabetes

SI NO

- Hipertensión

SI NO

- Obesidad mórbida con IMC superior a 38

SI NO

- Embarazo / parto

SI NO

**Cuestionario de salud reducido
para COIACLC (2025)**



**COLEGIO OFICIAL DE INGENIEROS AGRÓNOMOS
CASTILLA Y LEÓN Y CANTABRIA**

Observaciones, cualquier otro aspecto diagnosticado de salud a destacar:
(de tipo ginecológico, traumatológico, urológico, etc)

Firma del Titular Asegurado

Sello de la Empresa Tomadora