

INFORME DE EXAMEN MEDICO / MEDICAL EXAMINATION REPORT

SPAIN

Utmost Wealth Solutions es la marca utilizada por varias empresas de Utmost. Este documento ha sido publicado por Utmost Luxembourg S.A. / *Utmost Wealth Solutions is the brand name used by a number of Utmost companies. This item has been issued by Utmost Luxembourg S.A.*

Las palabras en singular incluyen el plural y viceversa. Toda referencia a un género incluye una referencia al otro género. Por favor complete todos los campos en mayúsculas. / *Words in singular include the plural and vice versa. A reference to one gender includes a reference to the other gender. Please fill out in block capitals.*

ANTECEDENTES PERSONALES / PERSONAL HISTORY

Declaraciones de la persona que se somete a examen / *Statements to be made by the Life to be examined*

1. Nombre completo / <i>Name in full</i>	<input type="text"/>		
Ocupación / <i>Occupation</i>	<input type="text"/>		
Fecha de nacimiento / <i>Date of birth</i>	<input type="text" value="d"/> <input type="text" value="d"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/> <input type="text" value="a"/>	Estado civil / <i>Marital Status</i> (Soltero/Casado/Divorciado/ Separado/Viudo) / <i>(Single/ Married/Divorced/Separated/ Widowed)</i>	<input type="text"/>

Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas siguientes, sírvase dar mayores detalles abajo, incluso fechas y períodos. / *If you answer 'YES' to any of these questions, please give full details below, including dates and durations.*

2. a) ¿Está usted actualmente bajo vigilancia o tratamiento médico? / *Are you at present under medical care or receiving treatment?* Sí / Yes No / No
- b) ¿Está tomando o se inyecta algún medicamento (recetado o no) o sigue alguna dieta especial? / *Are you currently taking medication (prescribed or not), injections or on any special diet?* Sí / Yes No / No

3. ¿Ha tenido alguna vez... / *Have you ever suffered from*
- a) convulsiones, desmayos, vértigo o algún trastorno mental o nervioso? / *Fits, fainting, giddiness or any mental or nervous disorder?* Sí / Yes No / No
- b) asma, bronquitis, neumonía u otro problema pulmonar? / *Asthma, bronchitis, pneumonia or other disorder of the lungs?* Sí / Yes No / No

INFORME DE EXAMEN MEDICO / MEDICAL EXAMINATION REPORT

- c) reumatismo, fiebre reumática, artritis u otro tipo de trastorno articular o muscular? / *Rheumatism, rheumatic fever, arthritis or other disorder of joints and muscles?* Sí / Yes No / No
- d) dolor de pecho, falta de aire, palpitaciones, presión alta u otro problema cardiaco o circulatorio? / *Chest pains, shortness of breath, palpitations, high blood pressure, or other disorder of the heart or circulation?* Sí / Yes No / No
- e) indigestión, úlcera gástrica, diarrea o cualquier molestia intestinal, hepatitis u otro problema del hígado o diabetes? / *Indigestion, pepticulcer, diarrhoea or any intestinal complaint, hepatitis or other liver disorder or diabetes?* Sí / Yes No / No
- f) enfermedad de riñón o vejiga u otra afección genitourinaria? / *Kidney, bladder or other genito-urinary disease?* Sí / Yes No / No
- g) alguna herida, operación, defecto físico o deformidad? / *Any injury, operation, physical defect or deformity?* Sí / Yes No / No
- h) cualquier otra enfermedad que no se haya mencionado? / *Any other illness not mentioned above?* Sí / Yes No / No

4. a) ¿Ha estado internado en algún hospital, centro de salud o clínica especializada? / *Have you been a patient at a hospital, nursing home or special clinic?* Sí / Yes No / No
- b) Se le han hecho radiografías, electrocardiogramas, análisis de sangre u otros estudios clínicos? / *Have you had an X-ray, ECG, tests, including blood tests, or other investigations?* Sí / Yes No / No

De ser así, por favor indique los motivos, fechas y resultados. / *If so, give reasons, dates and results.*

5. ¿Ha dado resultado positivo en análisis de VIH-SIDA o de hepatitis B o C o se ha sometido a análisis o tratamiento de otras enfermedades de transmisión sexual o está esperando los resultados de una prueba de este tipo? / *Have you tested positive for HIV/AIDS or Hepatitis B or C, or have you been tested/treated for other sexually transmitted diseases or are you awaiting the result of such a test?* Sí / Yes No / No

De ser así, por favor proporcione mayores detalles. / *If yes, please provide details.*

6. ¿Ha residido o viajado fuera del país por más de 2 meses en los últimos 5 años? / *Have you been resident or travelled outside your country of residence for more than 2 months in the last 5 years?* Sí / Yes No / No

7. ¿Ha usado medicamentos que no le haya recetado un médico? / *Have you ever taken drugs other than prescribed by any doctor?* Sí / Yes No / No

INFORME DE EXAMEN MEDICO / MEDICAL EXAMINATION REPORT

8. a) ¿Cuál es su consumo promedio de alcohol? / What is your average consumption of alcohol? Diario / Daily Semanal / Weekly
- b) Si es abstemio, ¿desde cuándo lo es? / If an abstainer, how long have you been so?
- c) ¿Cuánto fuma al día? / How much do you smoke per day?
 Cigarillos / Cigarettes? ¿Puros? / Cigars? ¿Pipa? / Pipe?
- d) Si ha dejado de fumar, ¿desde cuándo? ¿Fue por consejo de su médico? / If you have given up smoking, when did you stop, and was it on medical advice?

9. **Antecedentes familiares / Family History**

	SI VIVE, EDAD ACTUAL / IF LIVING AGE	ESTADO DE SALUD / STATE OF HEALTH	SI FALLECIÓ, EDAD AL MORIR / IF DEAD AGE AT DEATH	CAUSA DEL FALLECIMIENTO / CAUSE OF DEATH
Padre / Father				
Madre / Mother				
Hermano(s) / Brother(s)				
Hermana(s) / Sister(s)				

Declaro que, a mi leal saber y entender, las respuestas a las preguntas anteriores son veraces y completas. / I declare that to the best of my knowledge and belief the answers to the above questions are true and complete.

Confirmo que he revisado y comprobado que las respuestas no escritas de mi puño y letra son correctas. / I confirm that I have checked and found correct any answers that are not in my handwriting.

Asegurado / Life Assured

FIRMA / SIGNATURE

Fecha / Date

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar / Place

INFORME CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL REPORT

Para llenar por el médico que realiza el examen / *To be completed by the examining doctor.*

Si la respuesta es "SÍ", por favor proporcione los detalles completos, incluso la causa establecida (cuando proceda). / *If 'YES' please give full details with any ascertainable cause (where applicable).*

1. Ha tratado alguna vez con el/la asegurado/a propuesto/a a nivel profesional con anterioridad? / *Have you ever seen the proposed Life professionally before* Sí / Yes No / No

Si la respuesta es afirmativa, le agradeceríamos que revisara sus informes para confirmar que todos los asuntos relativos a la historia médica del/ de la asegurado/a propuesto/a, han sido declarados y revisados en su totalidad. / *If yes, we would appreciate if you could review your records to confirm that all items of the proposed Life's physical history have been declared overleaf*

- Está de alguna manera relacionado/a con el/la asegurado/a propuesto/a? / *Are you in any way related to the proposed Life?* Sí / Yes No / No

2. Descripción general / General description

- a) Por favor describa el aspecto general y la constitución / *Please describe the general appearance and build*

- b) ¿Concuerda el aspecto físico con la edad declarada? / *Is the appearance inconsistent with stated age?* Sí / Yes No / No
- c) ¿Hay indicios de excesos pasados o presentes en el consumo de alcohol o tabaco o de otra conducta irregular? / *Are there any signs of any past or present over-indulgence in alcohol, tobacco or any irregular living?* Sí / Yes No / No
- d) ¿Se advierte tumefacción de los ganglios linfáticos o de las glándulas tiroideas? / *Is there any enlargement of the lymph nodes or thyroid glands?* Sí / Yes No / No
- e) ¿Se aprecian cicatrices importantes? / *Are there any scars of material significance?* Sí / Yes No / No

3. Medidas (tómense con ropa ligera) / Measurements (to be taken in indoor clothing)

Estatura / *Height* metros, / *ft/m* cm / *ins./cm*

Peso / *Weight* kg, / *st/kg* g / *lb*

Perímetro / *Girth*

- ¿Ha variado el peso respecto del año pasado? / *Has weight varied in the past year?* Sí / Yes No / No

Tórax Inhal / Chest Insp. Exhal / Exp. Abdomen / Abdomen

Si responde "SÍ" indique la cantidad de reducción o aumento / If 'YES' please state amount of loss or gain

4. **Medidas (tómense con ropa ligera) / Cardiovascular system and blood pressure**

a) ¿Parece agrandado el corazón? Si la respuesta es "SÍ", considera el problema leve, moderado o grave? / Does the heart appear to be enlarged? If 'YES' do you consider this to be slight, moderate or marked? Sí / Yes No / No

b) ¿Observa alguna anomalía de los ruidos cardíacos o alguna irregularidad rítmica? / Is there any abnormality of the heart sounds or irregularity of rhythm? Sí / Yes No / No

Si detecta algún soplo, señale la duración, el foco de máxima intensidad, la dirección de propagación el carácter y la intensidad y si se modifica con el esfuerzo, la posición o la respiración, e indique si usted lo considera de origen funcional u orgánico. / If a murmur is detected, please give timing, point of maximum intensity, direction of conduction, character and loudness and if affected by exercise, posture or breathing and state if in your opinion it is functional or organic in origin.

c) ¿Observa alguna anomalía en los pulsos pedios? / Is there any abnormality of the leg pulses? Sí / Yes No / No

Si sospecha alguna degeneración arterial, incluya un informe del fondo ocular. / If arterial degeneration is suspected, please report on the optic fundi.

d) ¿Hay alguna vena varicosa? / Are there any varicose veins? Sí / Yes No / No

e) Presión arterial: Registre la contralateral y tome otras 2 lecturas si la primera sobrepasa 140/95 (4a fase) o 140/90 (5a fase) o si el pulso medio es anormal. / Blood pressure: Please record opposite and take 2 further readings if the first reading exceeds 140/95 (4th phase) or 140/90 (5th phase) or if the pulse rate is abnormal.

SISTÓLICA / SYSTOLIC	DIASTÓLICA / DIASTOLIC		PULSO PROMEDIO / PULSE
	4 ^A FASE / 4 TH PHASE	5 ^A FASE / 5 TH PHASE	

5. Sistema respiratorio / Respiratory system

- a) ¿Se observa alguna anomalía en la forma y desarrollo del tórax? / *Is there any abnormality in the shape and development of the chest?* Sí / Yes No / No
- b) ¿Se advierte algún signo anómalo en los pulmones? / *Are there any abnormal physical signs in the lungs?* Sí / Yes No / No
- c) Si hay antecedente de trastorno torácico o el examen indica alguna anomalía, incluya radiografía simple. / *In the event of any history of chest disorder or any abnormality on examination, please include PFR.* Sí / Yes No / No

6. Sistema genitourinario / Genito-urinary

- a) ¿La orina contiene... / *Does the urine contain*
- i) Albúmina? / *Albumin* Sí / Yes No / No
- ii) Azúcar? / *Sugar* Sí / Yes No / No
- iii) Otras anomalías? / *Other abnormalities?* Sí / Yes No / No
- b) ¿Hay algún dato de enfermedad genitourinaria? / *Is there any evidence of genito-urinary disease?* Sí / Yes No / No
- c) ¿Hay algún dato de anomalía prostática? / *Is there any evidence of any prostatic abnormality?* Sí / Yes No / No

7. Abdomen / Abdomen

- a) ¿Existe evidencia de abdomen blando o agrandado o anomalías palpables en el hígado o el bazo? / *Is there any abdominal tenderness, enlargement of liver or spleen or other palpable abnormality?* Sí / Yes No / No
- b) ¿Se detecta alguna hernia? / *Is a hernia present?* Sí / Yes No / No

8. Sistema nervioso / Nervous system

- a) ¿Hay signos de enfermedad del sistema nervioso central? / *Are there any signs of disease in the central nervous system?* Sí / Yes No / No
- b) ¿Hay indicios de alguna tendencia a trastornos psiquiátricos? / *Is there anything to suggest a tendency to psychiatric disorders?* Sí / Yes No / No

9. **Órganos de los sentidos especiales / Organs of special sense**

¿Se observa alguna anomalía en ojos, oídos o lengua? / *Is there any abnormality of the eyes, ears or tongue?*

Sí / Yes

No / No

10. **Sistema musculoesquelético / Musculo-Skeletal System**

¿Existe alguna anomalía muscular u ósea o deterioro de la función espinal o articular? / *Is there any muscular or bony abnormality, or impairment of spinal or joint function?*

Sí / Yes

No / No

11. ¿Hay algún dato que, en su opinión, requiera otros comentarios? / *Is there anything which in your opinion calls for further comments?*

Sí / Yes

No / No

FIRMA Y CREDENCIALES / SIGNATURE AND QUALIFICATION

Fecha / Date

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Lugar / Place

Por favor, anote su nombre e iniciales en mayúsculas. / *Please give your name and initials in capitals.*
 Escriba en letra de molde el nombre al cual debe extenderse el cheque. / *Print name for cheque to be made payable.*

A WEALTH *of* DIFFERENCE

www.utmostinternational.com

Utmost Luxembourg S.A. está inscrita en el R.C.S. con el número B37604 y está regulada por el Commissariat aux Assurances (CAA)
 Domicilio social: 4, rue Lou Hemmer, L-1748 Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg
 Utmost Wealth Solutions está registrada en Luxemburgo bajo la denominación social de Utmost Luxembourg S.A.