

Debe instalarse (si no lo tiene ya) el Acrobat Reader en siguiente enlace.

URL: <https://get.adobe.com/es/reader/>



CLICAR ENCIMA DE UNA DE LA SIGUIENTES OPCIONES.

- 1- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPAD](#)
- 2- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPHONE](#)
- 3- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MAC](#)
- 4- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MÓVIL ANDROID](#)
- 5- [EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON WINDOWS](#)

## 1- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPAD

### EDITAR DOCUMENTO

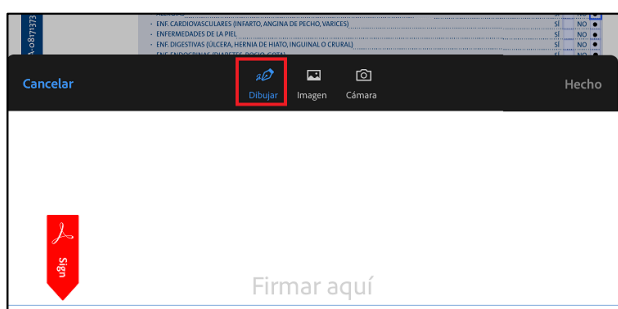
1. Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

2. Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:

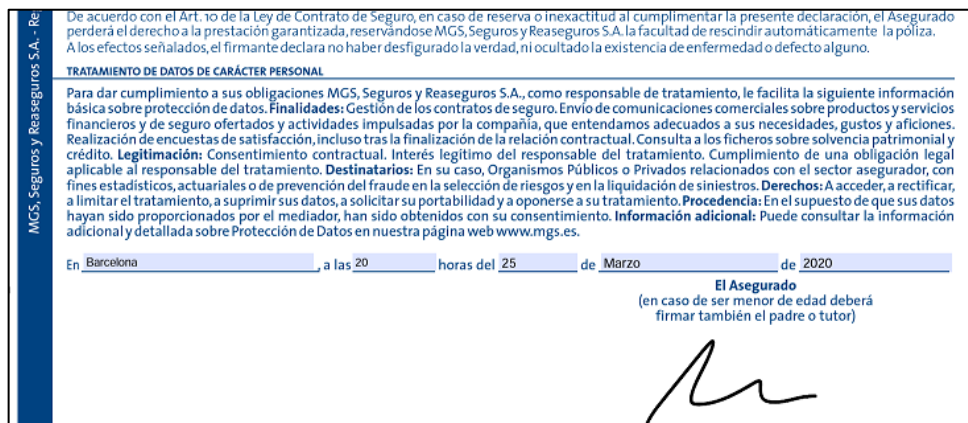
3. En la parte superior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “crear firma”:



4. Escoger la opción “Dibujar”. Se abrirá un espacio para dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Hecho”




5. Volver a pulsar sobre el icono de la “pluma” y escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.

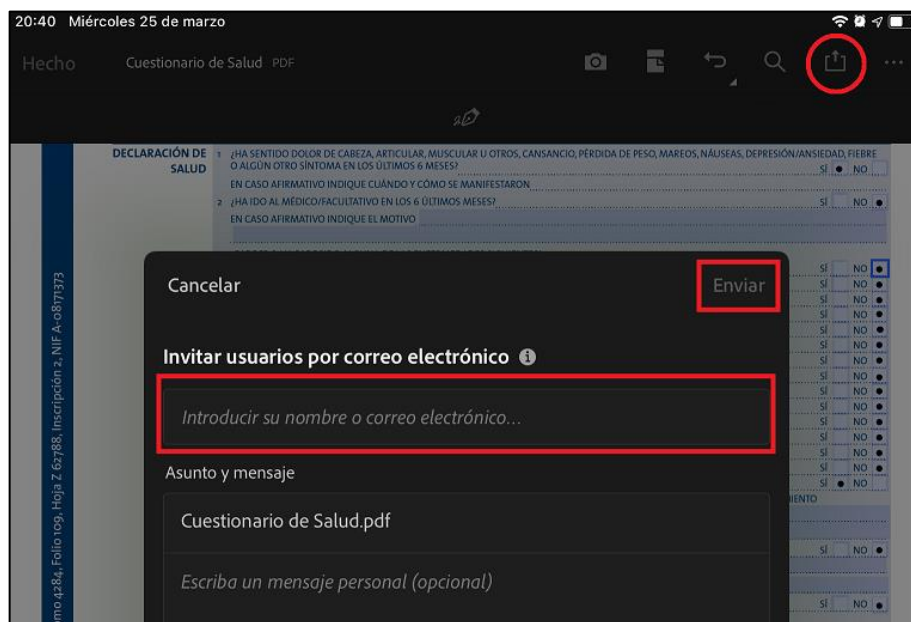


**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**

**OPCIÓN 1:**

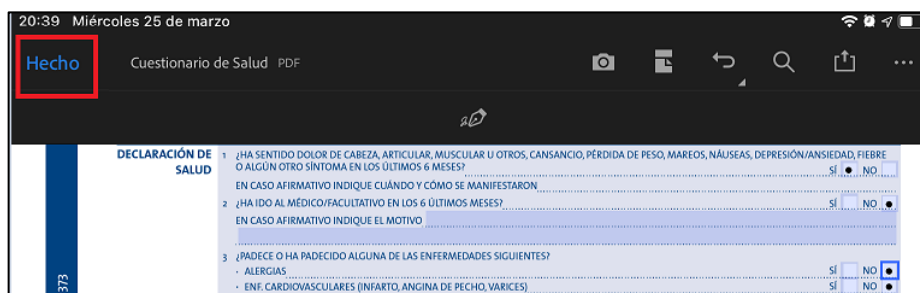
Pulsar sobre el icono  : introducir correo electrónico para la persona a la que se desea enviar directamente y confirmar operación pulsando botón “Enviar”:

(Esta opción NO permite guardar el documento, únicamente lo enviará a una dirección mail)

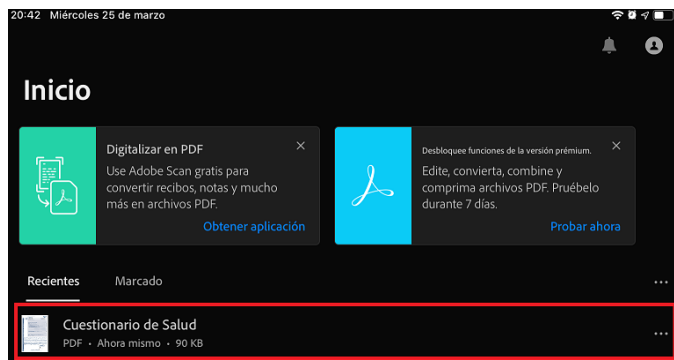


**OPCIÓN 2:**

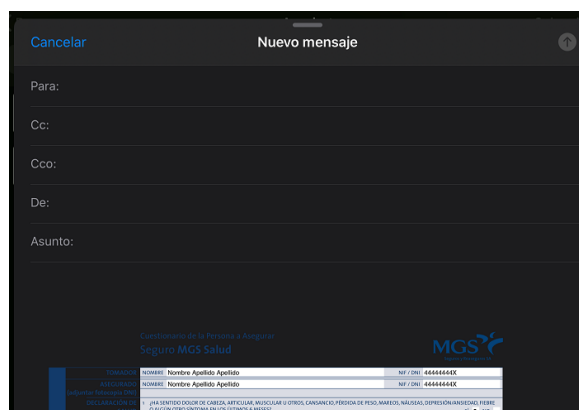
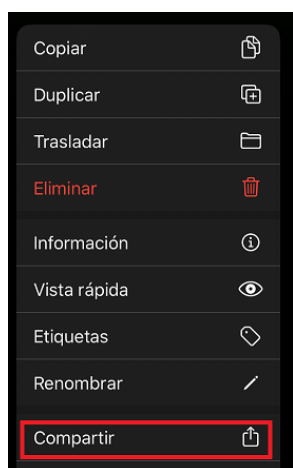
1. Una vez firmado el documento, finalizar y guardar pulsando botón “Hecho” (margen superior izquierdo de la pantalla)



2. El documento se archivará en el menú principal del Adobe Acrobat. Debemos presionar encima del archivo:



3. Pulsando encima del archivo, se abrirá un desplegable en el que debemos seleccionar la opción compartir a través de "correo". Se nos abrirá pantalla con el documento ya adjunto en el que deberemos indicar el correo electrónico de nuestro destinatario, el asunto y enviamos.





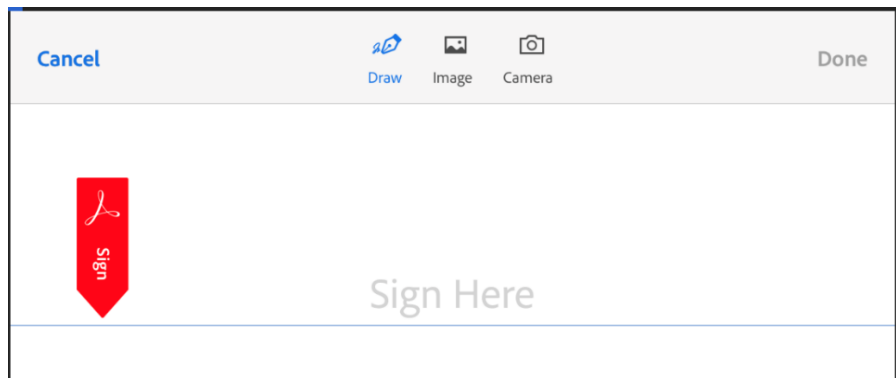
## 2- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON IPHONE

### EDITAR DOCUMENTO

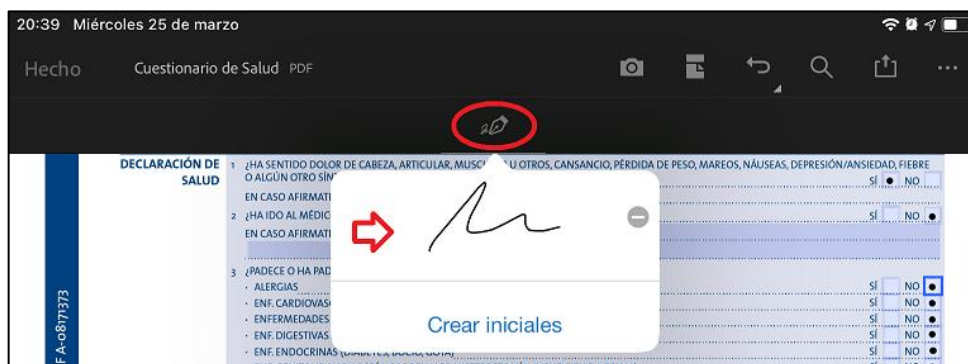
- 1- Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

- 2- Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:

- Escoger la opción “Dibujar”. Se abrirá un espacio para dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Hecho”



- Volver a pulsar sobre el icono de la “pluma” y escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.



20:39 Miércoles 25 de marzo

Hecho Cuestionario de Salud PDF

DECLARACIÓN DE SALUD

1 ¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR, U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍMPTOMA?

2 ¿HA IDO AL MÉDICO EN CASO AFIRMATIVO?

3 ¿PADECE O HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

- ALERGIAS
- ENF. CARDIOVASCULARES
- ENFERMEDADES DIGESTIVAS
- ENF. ENDOCRINAS

¿CUÁNTOS? ¿CUÁNTOS PARTOS?

7 ¿ESTÁ PENDIENTE DE EFECTUARSE ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO CONCRETO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

8 INDIQUE SU PESO, KG. Y TALLA, CM.

El abajo firmante autoriza expresamente a MGS, Seguros y Reaseguros S.A. a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya de prestar asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y los tratamientos seguidos en cada caso.

De acuerdo con el Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose MGS, Seguros y Reaseguros S.A. la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

**TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos. **Finalidades:** Gestión de los contratos de seguro. Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones. Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual. Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito. **Legitimación:** Consentimiento contractual. Interés legítimo del responsable del tratamiento. Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. **Destinatarios:** En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros. **Derechos:** Acceder, rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento. **Procedencia:** En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento. **Información adicional:** Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web [www.mgs.es](http://www.mgs.es).

En \_\_\_\_\_, a las \_\_\_\_\_ horas del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

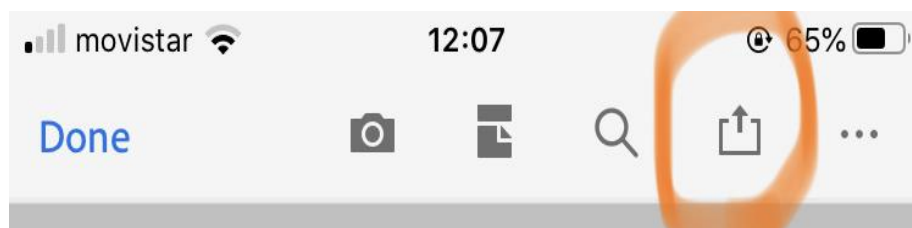
El Asegurado  
(en caso de ser menor de edad deberá firmar también el padre o tutor)

*PAULO*

Ejemplar para MGS, Seguros y Reaseguros S.A.  
Para preservar la confidencialidad de los datos facilitados, el asegurado debe entregar este cuestionario en un sobre cerrado.

**ENVIAR DOCUMENTO DIRECTAMENTE**

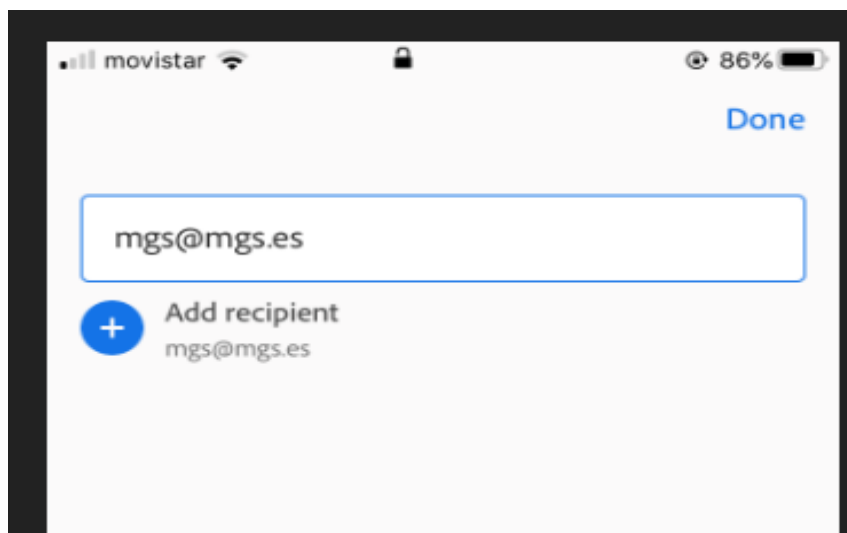
Se deberá pulsar sobre la opción de compartir por correo electrónico a la persona o destinatario:



Cuestionario de la Persona a Asegurar  
Seguro MGS Salud

TOMADOR	NOMBRE	David Martinez	NIF / DNI
ASEGURADO (adjuntar fotocopia DNI)	NOMBRE		NIF / DNI
DECLARACIÓN DE SALUD	1	¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y CÓMO SE MANIFESTARON	SI NO
	2	¿HA IDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO	SI NO
	3	¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?	SI NO
		- ALERGIAS	SI NO
		- ENF. CARDIOVASCULARES (INFARTO, ANGINA DE PECHO, VARICES)	SI NO
		- ENFERMEDADES DE LA PIEL	SI NO
		- ENF. DIGESTIVAS (ÚLCERA, HERNIA DE HIATO, INGUINAL O CRURAL)	SI NO
		- ENF. ENDOCRINAS (DIABETES, BOCIO, GOTA)	SI NO
		- ENF. GENITOURINARIAS (CÓLICOS RENALES, HISTERECTOMÍA, INSUFICIENCIA RENAL)	SI NO
		- ENF. HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, CÓLICOS BILIARES)	SI NO
	- ENF. HUESOS/MÚSCULOS (HERNIA DISCAL, REUMATISMO, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS, LESIONES RODILLA Y MENISCO)	SI NO	
	- ENF. NEUROLÓGICAS (EMBOLIA, EPILEPSIA, MENINGITIS, PARÁLISIS, DESÓRDENES MENTALES)	SI NO	
	- ENF. RESPIRATORIAS (ASMA, BRONQUITIS, NEUMONÍA, TUBERCULOSIS)	SI NO	
	- HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SI NO	
	- TUMORES	SI NO	
	- ENFERMEDADES O DEFECTOS OFTALMOLÓGICOS	SI NO	

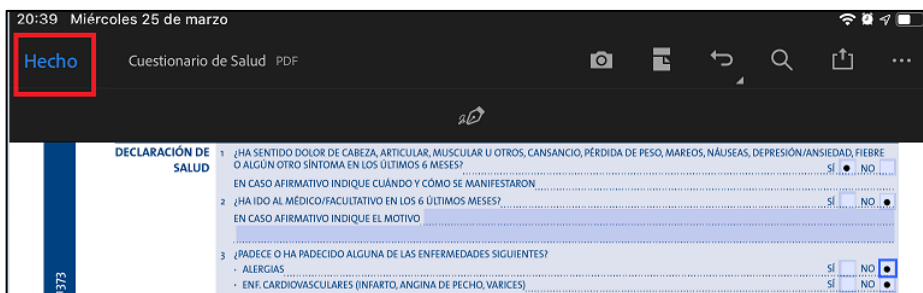
27888 - Inscripción 2 - NIF A-0817373



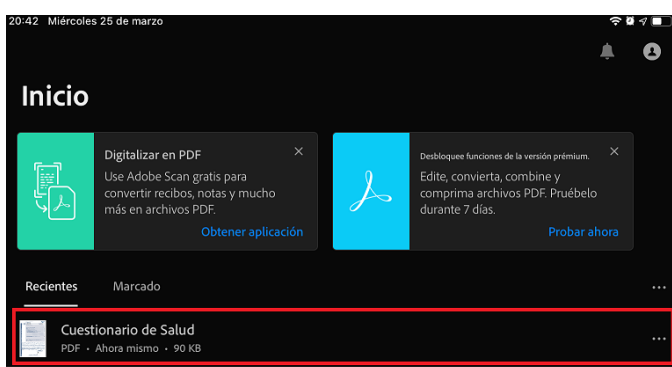
**OPCIÓN 2:**

- 1- Una vez firmado el documento, finalizar y guardar pulsando botón “Hecho” (margen superior izquierdo de la pantalla)

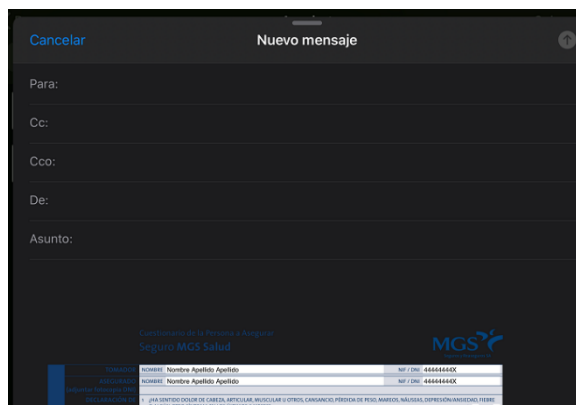
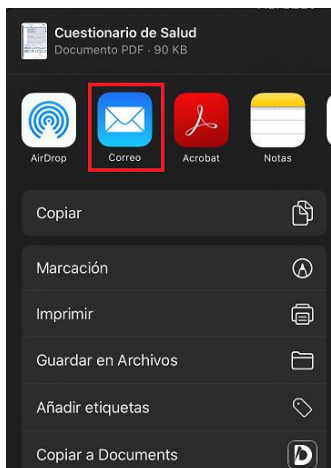
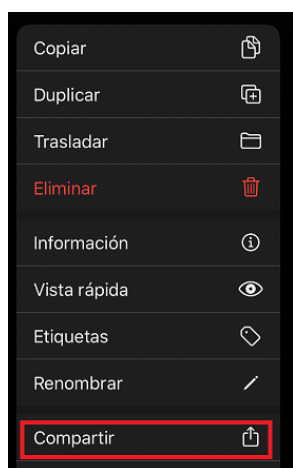




2- El documento se archivará en el menú principal del Adobe Acrobat. Debemos presionar encima del archivo:



3- Pulsando encima del archivo, se abrirá un desplegable en el que debemos seleccionar la opción compartir a través de "correo". Se nos abrirá pantalla con el documento ya adjunto en el que deberemos indicar el correo electrónico de nuestro destinatario, el asunto y enviamos.



### 3- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MAC

#### EDITAR DOCUMENTO

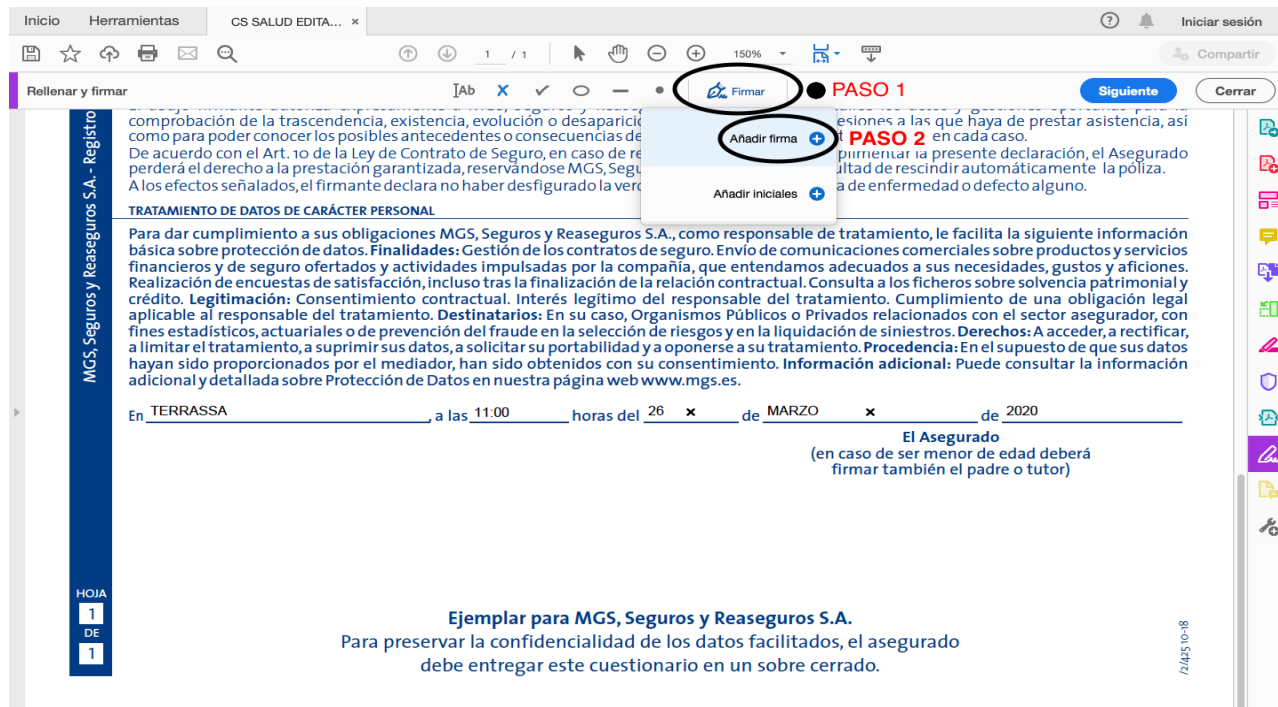
1. Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

The screenshot shows the Adobe Acrobat interface with a PDF document titled 'Cuestionario de la Persona a Asegurar Seguro MGS Salud'. The form includes fields for 'TOMADOR' and 'ASEGURADO' (Name, Surname, NIF/DNI). Below these is the 'DECLARACIÓN DE SALUD' section with several questions and checkboxes. A vertical sidebar on the left contains the text 'Hoja 2 de 888, inscripción 2, NIF A-e0871373'. The right sidebar shows various PDF tools like 'Exportar archivo PDF', 'Comprimir PDF', and 'Rellenar y firmar'.

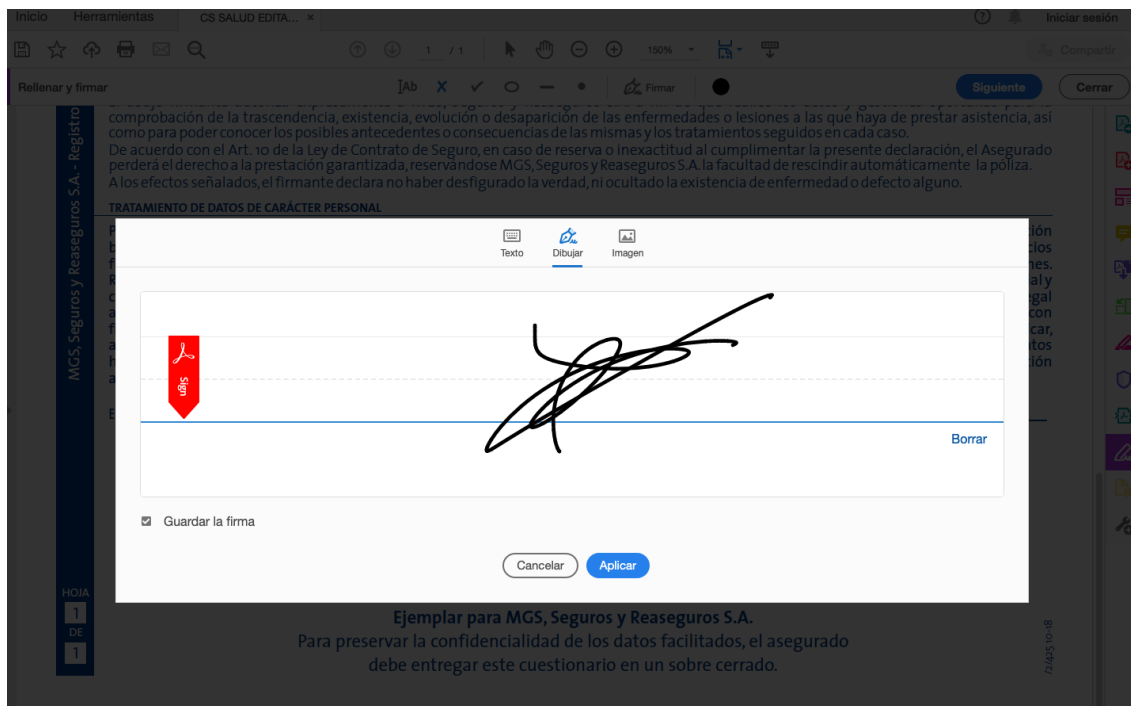
- 2- Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:

The screenshot shows the Adobe Acrobat interface with a dialog box titled '¿Qué quiere hacer?'. It has two main options: 'Rellene, firme y envíe documentos' (with a 'Rellenar y firmar' button circled in black) and 'Obtener la firma de otros' (with a 'Solicitar firmas' button). The right sidebar shows the 'Rellenar y firmar' icon circled in black. The top of the window shows 'CS SALUD EDITA...' and 'Iniciar sesión'.

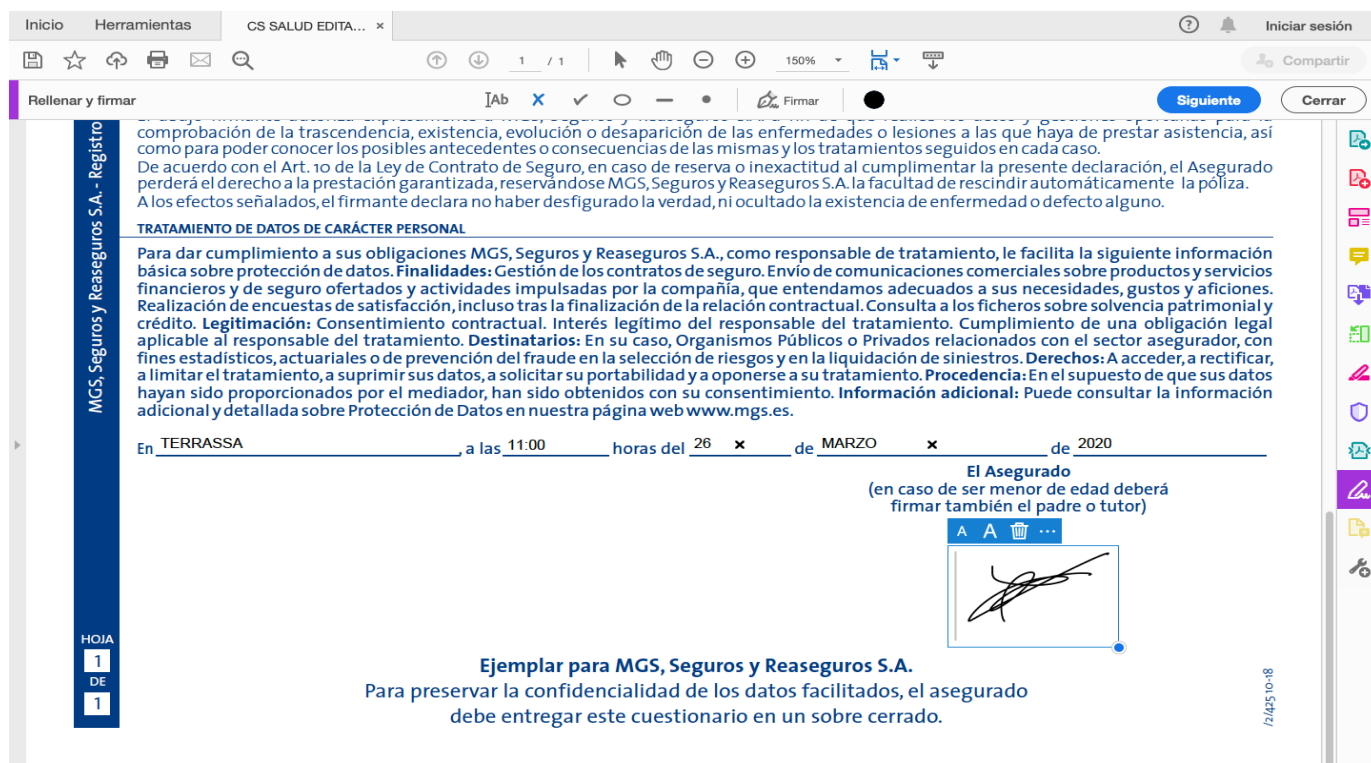
- 3- En la parte superior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “añadir firma”:



- 4- Escoger la opción “Dibujar” y proceder con la firma manteniendo el clic izquierdo del ratón y finalizando con la opción “aplicar”.



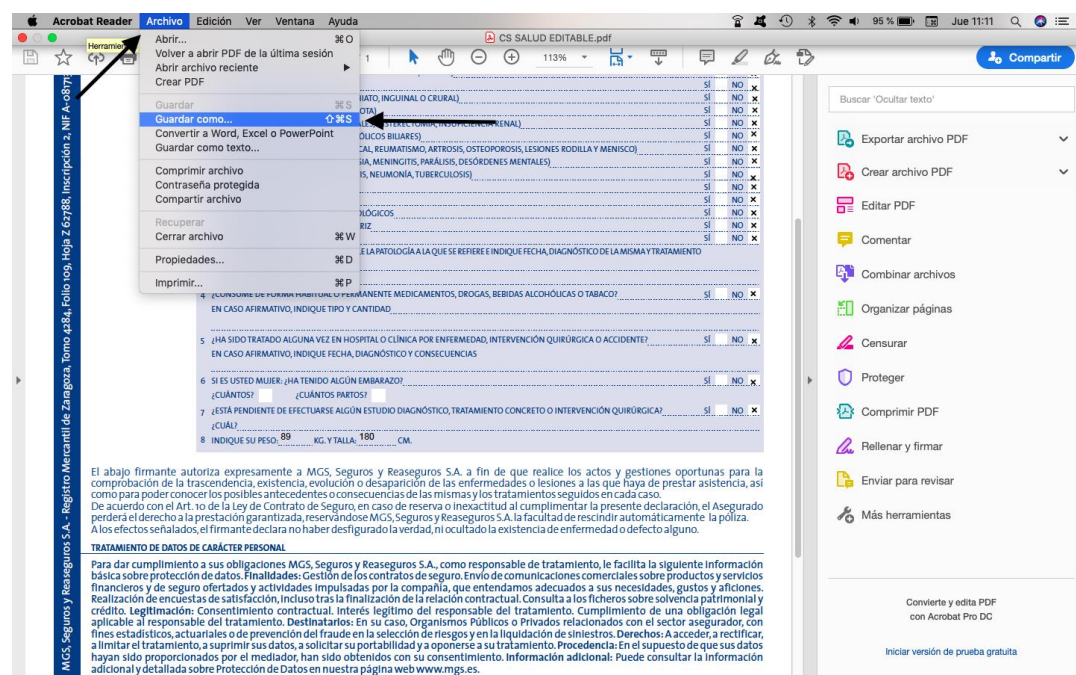
5- Escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.



**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**

Por último, una vez hemos comprobado que todos los campos han sido cumplimentados, debemos proceder al guardado del documento a través de la opción archivo / guardar como.

Para finalizar lo remitimos por el medio requerido.





## 4- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON MÓVIL (Android)

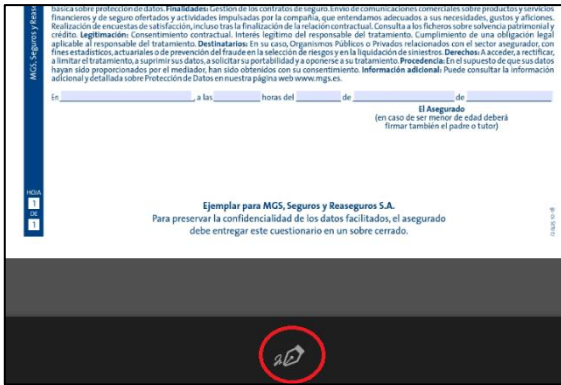
### EDITAR DOCUMENTO

1. Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

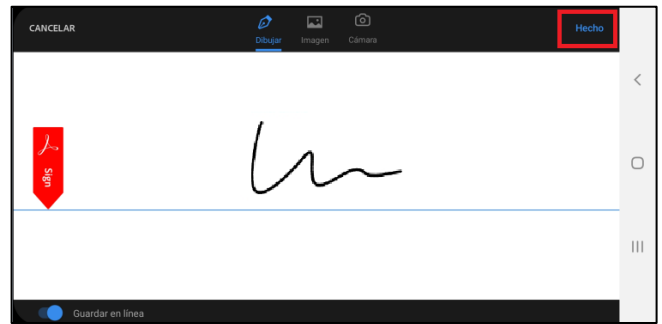
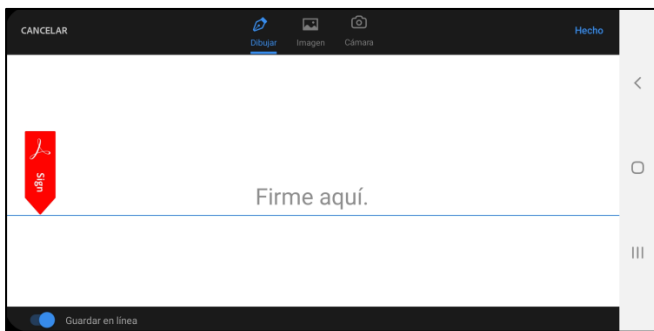
2. Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en la parte inferior de la pantalla sobre el icono del lápiz y seleccionar “rellenar y firmar”:



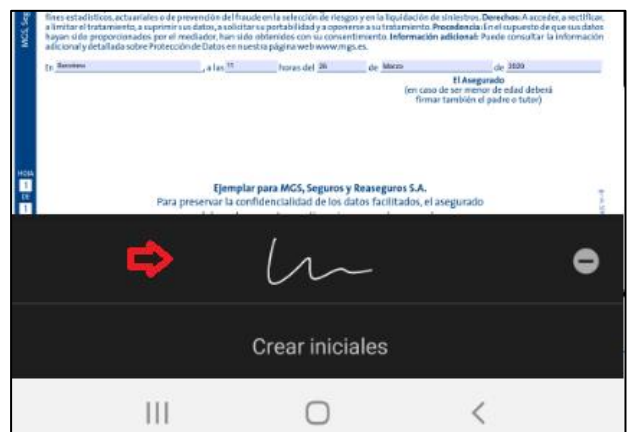
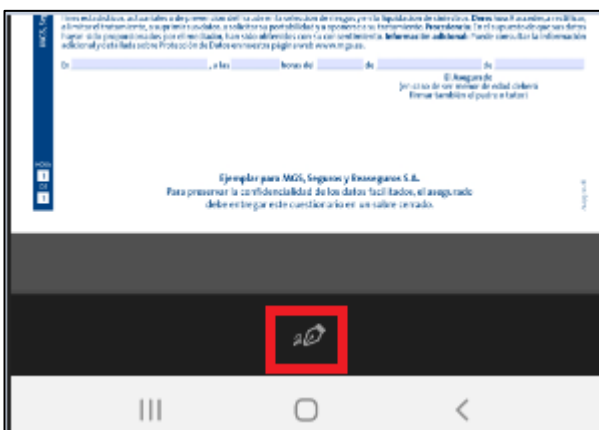
3. En la parte inferior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “crear firma”:

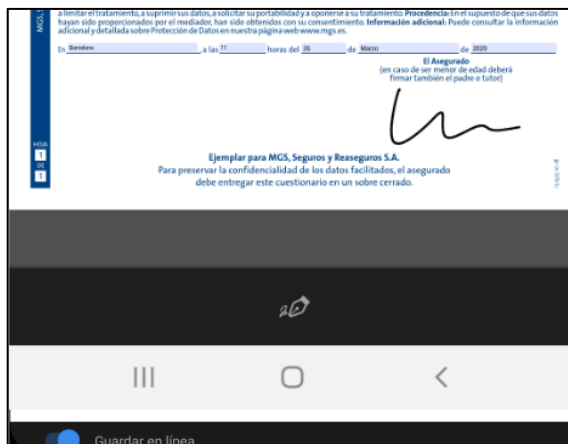


4. Con la opción “Dibujar”, dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Hecho”



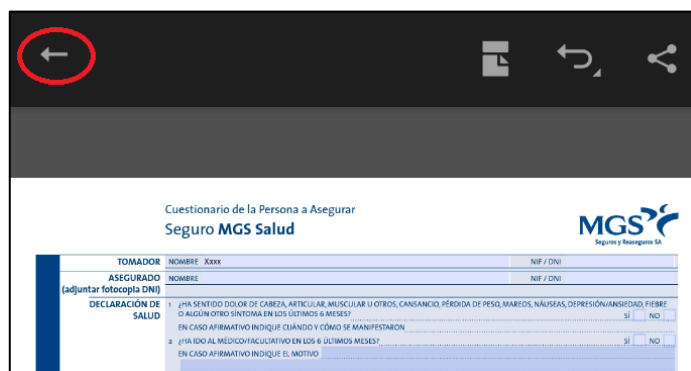
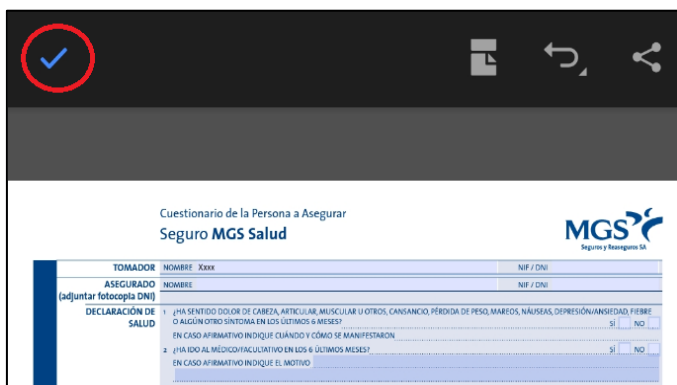
5. Volver a pulsar, en la parte inferior de la pantalla, sobre el icono de la “pluma”, escoger la firma creada y colocarla al final del documento con un “click”.



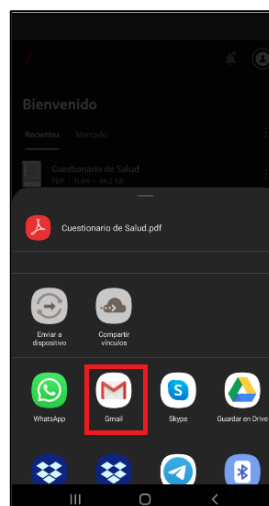
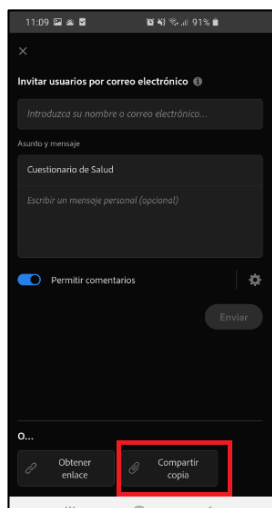
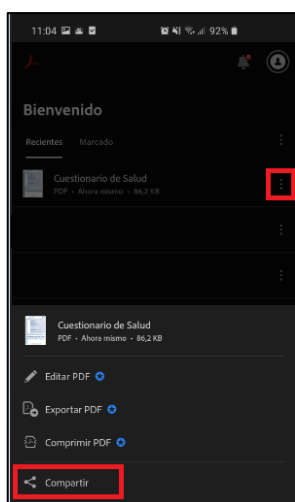


**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**

- Una vez firmado el documento, finalizar y guardar pulsando el siguiente botón situado en el margen superior izquierdo de la pantalla y tirar hacia atrás:



- El documento se archivará en el menú principal del Adobe Acrobat, debemos presionar sobre el icono de los tres puntos y se abrirá un menú de opciones. Debemos escoger "Compartir". Se abrirá una nueva pantalla, debemos darle a "compartir copia" a través de "correo". Nos abrirá nuestro método habitual de correo electrónico.



## 5- EDITA TU CUESTIONARIO DE SALUD CON WINDOWS

### EDITAR DOCUMENTO

1. Abrir documento con Adobe Acrobat y cumplimentar todos los campos requeridos, seleccionar y escribir:

Cuestionario de la Persona a Asegurar  
**Seguro MGS Salud**



<b>TOMADOR</b>	NOMBRE <b>RELLENAR</b>	NIF / DNI <b>0000</b>
<b>ASEGURADO</b> (adjuntar fotocopia DNI)	NOMBRE <b>RELLENAR</b>	NIF / DNI <b>000</b>

**DECLARACIÓN DE SALUD**

- 1 ¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES? SI  NO   
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE CUÁNDO Y CÓMO SE MANIFESTARON
- 2 ¿HA IDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES? SI  NO   
EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE EL MOTIVO **RELLENAR**
- 3 ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?
  - ALERGIAS SI  NO
  - ENF. CARDIOVASCULARES (INFARTO, ANGINA DE PECHO, VARICES) SI  NO
  - ENFERMEDADES DE LA PIEL SI  NO
  - ENF. DIGESTIVAS (ÚLCERA, HERNIA DE HIATO, INGUINAL O CRURAL) SI  NO
  - ENF. ENDOCRINAS (DIABETES, BOCIO, GOTA) SI  NO
  - ENF. GENITOURINARIAS (CÓLICOS RENALES, HISTERECTOMÍA, INSUFICIENCIA RENAL) SI  NO
  - ENF. HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, CÓLICOS BILIARES) SI  NO
  - ENF. HUESOS/MÚSCULOS (HERNIA DISCAL, REUMATISMO, ARTROSIS, OSTEOPOROSIS, LESIONES RODILLA Y MENISCO) SI  NO
  - ENF. NEUROLÓGICAS (EMBOLIA, EPILEPSIA, MENINGITIS, PARÁLISIS, DESÓRDENES MENTALES) SI  NO
  - ENF. RESPIRATORIAS (ASMA, BRONQUITIS, NEUMONÍA, TUBERCULOSIS) SI  NO
  - HIPERTENSIÓN ARTERIAL SI  NO
  - TUMORES SI  NO
  - ENFERMEDADES O DEFECTOS OFTALMOLÓGICOS SI  NO
  - ENFERMEDADES O DEFECTOS DE LA NARIZ SI  NO
  - OTRAS NO MENCIONADAS SI  NO
- 4 ¿CONSUME DE FORMA HABITUAL O PERMANENTE MEDICAMENTOS, DROGAS, BEBIDAS ALCOHÓLICAS O TABACO? SI  NO   
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE TIPO Y CANTIDAD **RELLENAR**
- 5 ¿HA SIDO TRATADO ALGUNA VEZ EN HOSPITAL O CLÍNICA POR ENFERMEDAD, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ACCIDENTE? SI  NO   
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE FECHA, DIAGNÓSTICO Y CONSECUENCIAS **RELLENAR**
- 6 SI ES USTED MUJER: ¿HA TENIDO ALGÚN EMBARAZO? SI  NO   
¿CUÁNTOS? **1** ¿CUÁNTOS PARTOS? **1**
- 7 ¿ESTÁ PENDIENTE DE EFECTUARSE ALGÚN ESTUDIO DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO CONCRETO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? SI  NO   
¿CUÁL? **RELLENAR**
- 8 INDIQUE SU PESO: **62** KG. Y TALLA: **164** CM.

El abajo firmante autoriza expresamente a MGS, Seguros y Reaseguros S.A. a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya de prestar asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y los tratamientos seguidos en cada caso.

2- Una vez cumplimentado y para proceder a su firma, debe hacerse “click” en “rellenar y firmar”:

El abajo firmante autoriza expresamente a MGS, Seguros y Reaseguros S.A. a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones a las que haya de prestar asistencia, así como para poder conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas y los tratamientos seguidos en cada caso. De acuerdo con el Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la presente declaración, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada, reservándose MGS, Seguros y Reaseguros S.A. la facultad de rescindir automáticamente la póliza. A los efectos señalados, el firmante declara no haber desfigurado la verdad, ni ocultado la existencia de enfermedad o defecto alguno.

**TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información:

3- En la parte superior de la pantalla, pulsar sobre el icono de la pluma y seleccionar opción “añadir firma”:

**QUESTIONARIO DE LA PERSONA A ASEGURAR**  
**Seguro MGS Salud**

**DECLARACIÓN DE SALUD**

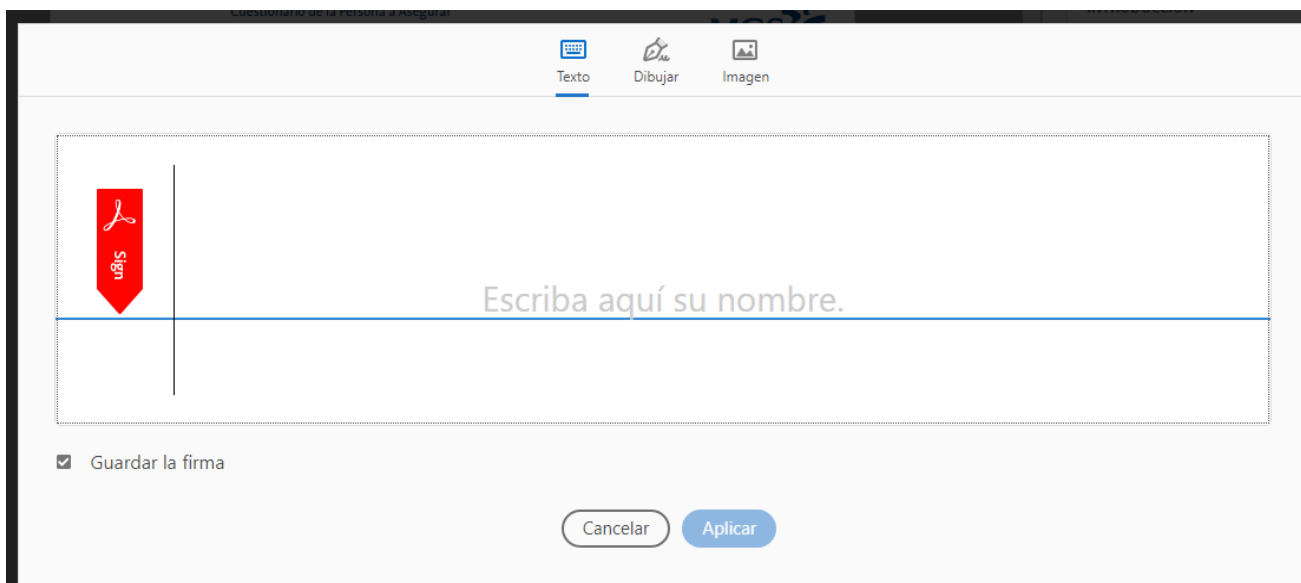
1. ¿HA SENTIDO DOLOR DE CABEZA, ARTICULAR, MUSCULAR U OTROS, CANSANCIO, PÉRDIDA DE PESO, MAREOS, NÁUSEAS, DEPRESIÓN/ANSIEDAD, FIEBRE O ALGÚN OTRO SÍNTOMA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?  SÍ  NO

2. ¿HA IDO AL MÉDICO/FACULTATIVO EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES?  SÍ  NO

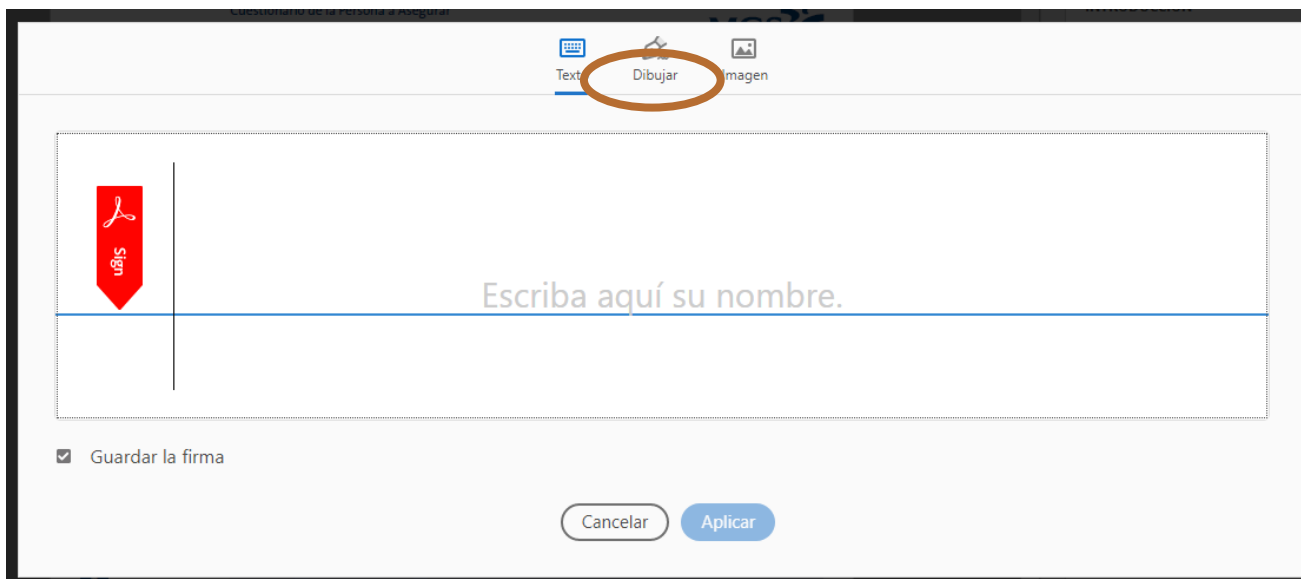
3. ¿PARECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES?

- ALERGIAS  SÍ  NO
- ENF. CARDIOVASCULARES (HEMATO, ANGINA DE PECHO, VÁRICOS)  SÍ  NO
- ENFERMEDADES DE LA PIEL  SÍ  NO
- ENF. DIGESTIVAS (DÍABETA, HERNIA DE HIGADO, INGUINAL O CRURAL)  SÍ  NO
- ENF. ENDOCRINAS (DÍABETES, BOCOS, GOTA)  SÍ  NO
- ENF. GENITOURINARIAS (CÓLICOS RENALES, HISTERECTOMIA, INSUFICIENCIA RENAL)  SÍ  NO
- ENF. HEPÁTICAS (HEPATITIS, CIRROSIS, CÓLICOS BILIARES)  SÍ  NO
- ENF. HUESOS/MUSCULOS (HERNIA DISCAL, REUMATISMO, ARTRITIS, OSTEOPOROSIS, LESIONES RODILLA Y MENISCO)  SÍ  NO
- ENF. NEUROLÓGICAS (EMBRUJA, EPILEPSIA, MENINGITIS, PARÁLISIS, DISORDENES MENTALES)  SÍ  NO
- ENF. RESPIRATORIAS (ASMA, BRONQUITIS, NEUMONÍA, TUBERCULOSIS)  SÍ  NO
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL  SÍ  NO
- TUMORES  SÍ  NO
- ENFERMEDADES O DEFECTOS OFTALMOLÓGICOS  SÍ  NO
- ENFERMEDADES O DEFECTOS DE LA NARIZ  SÍ  NO

4- Con la opción “Dibujar”, dibujar firma, firmamos y seleccionamos “Aplicar”



Escoger dibujar





Firmar

Texto Dibujar Imagen

Sign

Borrar

Guardar la firma

Cancelar Aplicar

**GUARDAR DOCUMENTO Y ENVIAR**