

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDÍACAS E HIPERTENSIÓN

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta	Síntomas	
DD / MM / AA	Diagnóstico	

¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes síntomas? Si responde "Sí", por favor explique:

Síntoma		Fecha del primer síntoma	Severidad	Frecuencia
Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Pérdida del conocimiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Palpitaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA		

¿Existen antecedentes familiares de enfermedades cardíacas o arteriosclerosis antes de los 55 años de edad?

Sí No Si responde "Sí", por favor explique:

¿Existe algún otro factor, enfermedad, síntoma o complicación relevante no mencionado anteriormente?

Sí No Si responde "Sí", por favor explique:

¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía cardiovascular?

Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione detalles.

¿Está el paciente bajo tratamiento? Sí No

Si responde "Sí", por favor describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos.

2. DIAGNÓSTICO (CONTINUACIÓN)

Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	DD / MM / AA	Estatura	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies		Peso	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb		Presión arterial	
-------	--------------	----------	--	--	------	---	--	------------------	--

Valores de pruebas realizadas en los últimos 6 meses (INCLUYA EL REPORTE DE LABORATORIO).

Glucosa		Hemoglobina glicosilada		Creatinina		Potasio		Sodio	
Colesterol total		HDL		LDL		Triglicéridos		Fundoscopia	

Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses (INCLUYA EL REPORTE DE LABORATORIO).

Orina		Sangre		Azúcar		Albúmina	
-------	--	--------	--	--------	--	----------	--

Por favor incluya el ECG y Radiografías de torax con interpretación que se hayan efectuado durante los últimos 12 meses. En caso de prolapsos de válvula mitral o soplo cardíaco, por favor adjunte el resultado de la ecografía doppler.

Resultado del ECG		Fecha	DD / MM / AA
-------------------	--	-------	--------------

Resultado de radiografía		Fecha	DD / MM / AA
--------------------------	--	-------	--------------

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)

Prueba		Fecha	Resultado
Ecocardiografía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Prueba de esfuerzo (cinta ergométrica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Gammagrafía de perfusión miocárdica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Aclaramiento de creatinina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	DD / MM / AA	

Antecedentes como fumador	Otros comentarios	
Cantidad por día	Por cuántos años	

¿Tiene el paciente parientes que sufren o han sufrido enfermedades cardiovasculares o arteriosclerosis antes de los 55 años de edad? Sí No Si responde "Sí", por favor explique:

--

¿Hay algún otro factor, enfermedad, síntoma o complicación relevante que no se haya mencionado anteriormente? Sí No Si responde "Sí", por favor explique:

--

¿Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo:

Nombre del médico		Teléfono	
Tratamiento ambulatorio			
Hospital		Teléfono	
Tratamiento en el hospital			

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	DD / MM / AA

Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

4. AVISO DE PRIVACIDAD

En virtud de lo señalado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, los clientes aceptan y otorgan su consentimiento expresamente con la firma del presente, para que BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. haga uso de los datos personales que proporcionen, con la finalidad de prestarle los servicios señalados por el agente.

De acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento a los clientes lo siguiente:

a. Finalidad del tratamiento de datos:

Se recaban sus datos personales con las finalidades de: emisión, administración de pólizas, trámites para la evaluación de reclamaciones y pago por reembolsos en el caso de reclamaciones procedentes.

Del mismo modo para obtener de cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, dicha información sobre su persona.

b. Opciones y medios que se le ofrecen al personal para solicitar se limite el uso y divulgación de sus datos:

Los datos personales del titular, serán mantenidos en estricta confidencialidad, de conformidad con las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que al efecto BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., implemente en sus políticas y procedimientos de seguridad, quedando prohibido su divulgación ilícita y limitando su uso a terceros, conforme a lo previsto en el presente Aviso de Privacidad.

En este sentido BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. señala y hace de su conocimiento que tiene una "Política de Privacidad" establecida para explicar a terceros la forma en cómo la empresa da tratamiento a los "Datos Personales", misma que cumple con lo señalado en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

c. Medios para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición).

Enviando una solicitud, que cumpla con los requisitos señalados por la Ley de Protección de Datos Personales al correo electrónico privacidad@bupalatinamerica.com.

d. En dado caso de que la Compañía realice cambios al presente aviso, lo podrá comunicar al cliente, al empleado o proveedor, según sea el caso, por los siguientes medios:

1. Por correo electrónico a la cuenta que usted nos proporciona en la solicitud.

2. A través de la página www.bupasalud.com

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

5. FIRMA

Firma del Médico Tratante		Fecha	DD / MM / AA
Firma del Contratante o Titular		Fecha	DD / MM / AA

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701 • serviciocliente@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com