

CUESTIONARIO DE ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

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



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellidos		Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año	

2. DIAGNÓSTICO

1) Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta	Día	Mes	Año	
------------------------------	-----	-----	-----	--

Síntomas

Diagnóstico

2) 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) ¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía pulmonar? Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione detalles.

4) ¿Está el paciente aún en tratamiento?

Sí No Si responde "Sí", por favor describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos.

5) ¿Con qué frecuencia ocurren las recaídas o ataques y cuánto duran?

Frecuencia		Duración		Último ataque	Día	Mes	Año	
------------	--	----------	--	---------------	-----	-----	-----	--

6) ¿Cómo se consideran los ataques? Leves Moderados Severos

7) Última visita a la sala de emergencias	Fecha	<small>Día Mes Año</small>	Frecuencia anual de visitas a sala de emergencias	
8) Último ingreso al hospital	Fecha	<small>Día Mes Año</small>	Frecuencia anual de ingresos al hospital	
9) Por favor proporcione la siguiente información:				
Fecha	<small>Día Mes Año</small>	Estatura	M	Pies
				Peso Kg Lb
Fecha	Espirometría (prueba de la función respiratoria)			
<small>Día Mes Año</small>				
Fecha	Interpretación de radiografía de tórax (incluya el reporte de radiología)			
<small>Día Mes Año</small>				
10) Antecedentes como fumador				
Cantidad por día		Por cuántos años		
11) ¿Existen otras enfermedades, complicaciones, factores o síntomas que no hayan sido mencionados anteriormente?				
12) Otros comentarios				

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre				
Dirección				
Teléfono		Fax		
Correo electrónico				

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

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., ("*Bupa México*") con domicilio ubicado en Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520, Ciudad de México en su carácter de Responsable, en términos de lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, su Reglamento y demás normatividad secundaria aplicable ("*LFPDPPP*"). Utilizamos sus datos personales fundamentalmente para brindar asesoría y actualizaciones sobre los productos contratados; crear y administrar su perfil de servicios en línea y actualizar su expediente; procesar pagos y gestionar cobros; tramitar siniestros y reembolsos; colocación de riesgos en reaseguro y/o coaseguro. Asimismo, los usamos para enviarle comunicados con información relevante, promoción y publicidad; elaborar perfiles de comportamiento y preferencias sobre el uso y consumo de nuestros productos. Lo anterior en términos de lo establecido en nuestro Aviso de Privacidad Integral, mismo que ponemos a su disposición en www.bupalud.com.mx.

TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

El titular autoriza a Bupa México para compartir con su agente o intermediario de seguros sus datos personales y sensibles para dar seguimiento a la presente solicitud.

Acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

No acepto la transferencia de mis datos personales y sensibles

5. FIRMA

Firma del Médico Tratante		Fecha:	Día Mes Año
Firma del Contratante o Titular		Fecha:	Día Mes Año

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

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México

Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • atencioncliente@bupa.com.mx • www.bupalud.com.mx

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Avenida Ejército Nacional número 843-B, Edificio Corporativo Antara I, piso 9, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, Código Postal 11520 • Ciudad de México

Tel. 55 5202 1701 • 800 227 3339 • une@bupa.com.mx • www.bupalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO