

CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

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	Estatura M	Pies	Peso Kg	Lb

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha del primer síntoma	Síntomas		
Día	Mes	Año	
Fecha de la última consulta			
Día	Mes	Año	
Tipo de convulsión			Etiología
I. Parcial (FOCAL)	Simple	Compleja	Primaria (IDIOPÁTICA) Secundaria
II. Generalizada	Crisis de ausencia Mioclónica Tónica - Clónica	Clónica Tónica	
Asociada con:			
Sí	No	Hiperpirexia	
Sí	No	Infecciones del S.N.C. (meningitis, encefalitis)	
Sí	No	Disturbios metabólicos (hipoglucemia, etc.)	
Sí	No	Agentes convulsivantes o tóxicos (cloroquina, alcohol)	
Sí	No	Hipoxia cerebral (Síndrome de Adams-Stokes, anestesia, etc.)	
Sí	No	Lesiones cerebrales expansivas (neoplasia, hemorragia intracraneal, etc.)	
Sí	No	Defectos cerebrales	
Sí	No	Edema cerebral	
Sí	No	Anafilaxia	
Sí	No	Derrame o hemorragia cerebral	
Sí	No	Trauma cerebral	
Sí	No	Síndrome de abstinencia (relacionado al uso crónico de sustancias)	
Fecha del último ataque	Día	Mes	Año
	Cantidad de ataques en los últimos 12 meses		
¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si selecciona alguna de las opciones, por favor explique. (Incluya el reporte)			
Método de diagnóstico	Detalles		
Tomografía computarizada (TC)	Resultado		
	Tratamiento		
Fecha	Pronóstico		
Día	Mes	Año	Condición actual

2. INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

Método de diagnóstico	Detalles	
Arteriografía	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
<small>Día Mes Año</small> 	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
MRI	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
<small>Día Mes Año</small> 	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
EEG	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
<small>Día Mes Año</small> 	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
Tumor excluido	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
<small>Día Mes Año</small> 	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
Otro	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
<small>Día Mes Año</small> 	Condición actual	

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Fecha	Día	Mes	Año
			Firma

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.bupasalud.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.bupasalud.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.bupasalud.com.mx

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO