

CUESTIONARIO DE DIABETES

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

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta	Síntomas	
Día 		
Tipo de diabetes	Diagnóstico	

¿Está el paciente bajo tratamiento? Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione detalles:

Dieta	Insulina
Medicamento oral (nombre/dosis)	Combinación (EXPLIQUE)

¿Ha sufrido el paciente alguna de las siguientes complicaciones? Si responde "S", por favor explique:

Condición			Fecha del primer síntoma	Severidad	Frecuencia
Retinopatía	Sí	No	Día 		
Neuropatía	Sí	No	Día 		
Nefropatía	Sí	No	Día 		
Claudicación intermitente	Sí	No	Día 		
Problemas de la piel	Sí	No	Día 		
Enfermedades del corazón	Sí	No	Día 		
Otras complicaciones	Sí	No	Día 		

Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	Día 	Mes 	Año 	Estatura	M	Pies		Peso	Kg	Lb	
-------	---------	---------	---------	----------	---	------	--	------	----	----	--

Valores de pruebas de sangre realizados en los últimos 6 meses (INCLUYA EL REPORTE DE LABORATORIO).			
Glucosa en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Colesterol total	Triglicéridos
LDL	HDL	Relación	Creatinina
Resultado de muestras proporcionadas durante los últimos 6 meses (INCLUYA EL REPORTE DE LABORATORIO).			
Orina	Sangre	Azúcar	Albúmina
Otros comentarios:			
¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)			
Prueba	Fecha		Resultado
Aclaramiento de creatinina	Sí	No	<small>Día Mes Año</small>
Proteinuria de 24 horas	Sí	No	<small>Día Mes Año</small>
Tolerancia a la glucosa	Sí	No	<small>Día Mes Año</small>
Otra	Sí	No	<small>Día Mes Año</small>
Antecedentes como fumador		Otros comentarios	
Cantidad por día		Por cuántos años	
Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado? Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo:			Sí No
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	<small>Día Mes Año</small>

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