

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES TIROIDEAS

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 del diagnóstico	Día	Mes	Año	Diagnóstico:	Hipertiroidismo	Hipotiroidismo
Causa	Enfermedades graves	Bocio simple	Bocio nodular	Tiroiditis	Tiroiditis de hasimoto	
	Medicamentos	Deficiencia de yodo	Nódulo tiroideo	Neoplasia maligna de tiroides		
	Congénito	Adenoma hipofisario	Otra (Especifique):			

¿Está el paciente bajo tratamiento? Sí No Si responde Sí, por favor describa el tratamiento:

¿Se ha administrado yodo radioactivo? Sí No

¿Se le ha realizado alguno de los siguientes procedimientos?

Biopsia Sí No
Tiroidectomía total Sí No
Tiroidectomía parcial Sí No

Si responde Sí a alguno de los anteriores, por favor incluya el reporte de patología.

Por favor, proporcione la siguiente información:

Valores de pruebas de sangre no mayor a 6 meses (incluya el reporte de laboratorio):

TSH
T4 libre
Anticuerpos antiperoxidasa

Resultado de Ultrasonido tiroideo (no mayor a 1 año). Omitir sólo en caso de tiroidectomía total.

¿Se ha sometido el paciente a gammagrama tiroideo? Sí No Si responde Sí, por favor incluya el reporte.

En caso de haber presentado cáncer de tiroides, favor anexe expediente médico completo.

¿Existen otras enfermedades, complicaciones, factores o síntomas que no hayan sido mencionados anteriormente? Sí No

Si responde Sí a alguno de los anteriores, por favor incluya el reporte de patología.

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:	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1143 659 1230 688">Día</td> <td data-bbox="1230 659 1318 688">Mes</td> <td data-bbox="1318 659 1521 688">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año							
Firma del Contratante o Titular		Fecha:	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1143 726 1230 756">Día</td> <td data-bbox="1230 726 1318 756">Mes</td> <td data-bbox="1318 726 1521 756">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
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