

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES CARDIACAS E HIPERTENSIÓN

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	Mes	Año
	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	Sí	No	Día Mes Año		
Dolor en el pecho	Sí	No	Día Mes Año		
Pérdida del conocimiento	Sí	No	Día Mes Año		
Vértigo	Sí	No	Día Mes Año		
Palpitaciones	Sí	No	Día Mes Año		
Otro	Sí	No	Día Mes Año		

¿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.

--

Por favor proporcione la siguiente información:																									
Fecha	Día			Mes			Año			Estatura	M	Pies		Peso	Kg	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 la interpretación de las radiografías de tórax que se hayan efectuado durante los últimos 12 meses. En caso de prolapso de válvula mitral o soplo cardiaco, por favor adjunte el resultado de la ecografía doppler.																									
Resultado del ECG																Fecha	Día			Mes			Año		
Resultado de radiografía																Fecha	Día			Mes			Año		
¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique. (INCLUYA EL REPORTE)																									
Prueba				Fecha	Día			Mes			Año			Resultado											
Ecocardiografía	Sí	No		Día	Mes			Año																	
Prueba de esfuerzo (cinta ergométrica)	Sí	No		Día	Mes			Año																	
Gammagrafía de perfusión miocárdica	Sí	No		Día	Mes			Año																	
Aclaramiento de creatinina	Sí	No		Día	Mes			Año																	
Otra			Sí	No	Día	Mes			Año																
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			
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