

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

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



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | | | | |
|---------------------|-----------|-----|-----------|-------------|-------|----------|-----|
| Nombre | Apellidos | | Nombre(s) | | Sexo: | M | F |
| Fecha de nacimiento | Día | Mes | Año | Estatura: M | Pies | Peso: Kg | Lbs |

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

| | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------|-----------------|
| Fecha de diagnóstico | Día | Mes | Año |
| Diagnóstico definitivo | | | |
| Etiología | | | |
| Padecimientos relacionados | | | |
| Complicaciones | | | |
| Tratamiento médico | Medicamento | Posología | Fecha de inicio |
| | | | Día Mes Año |
| | | | Día Mes Año |
| Tratamiento quirúrgico | Procedimiento quirúrgico | | Fecha |
| | | | Día Mes Año |
| | | | Día Mes Año |
| Fecha del último episodio | Día | Mes | Año |

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique (Incluya el reporte del estudio)

| Estudio | | | Fecha | Resultado |
|-------------------------|----|----|-------------|-----------|
| Radiografía | Sí | No | Día Mes Año | |
| Endoscopia/Colonoscopia | Sí | No | Día Mes Año | |
| Ultrasonido | Sí | No | Día Mes Año | |
| Histopatológico | Sí | No | Día Mes Año | |
| Helicobacter | Sí | No | Día Mes Año | |
| Otra | Sí | No | Día Mes Año | |

Controles realizados

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | | |
|------------------|---------|--------|------|-----------------------|--|
| Otros factores: | Alcohol | Tabaco | Café | Medicamentos, cuáles? | |
| Condición actual | | | | | |
| | | | | | |

2. 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.

3. 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

4. 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