CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES TIROIDEAS

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

Bupa

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 Hashimoto
☐ Medicamentos ☐ Deficiencia deyodo ☐ 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 gamagrama 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.

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

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 ***("LFFDPPP")***. 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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la presente solicitud quedó registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 1 de agosto de 2025, con el número CGEN-H0719-0012-2025 / CONDUSEF G-01728-001.

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