

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	Lb

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
Tratamiento quirúrgico	Procedimiento quirúrgico		Fecha
			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)

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:	Café	Medicamentos, cuáles?	
	Alcohol	Tabaco	
Condición actual			

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 (*"LFDPPP"*). 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