

DECLARACIÓN MÉDICA

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	Estatura	M	Pies	Peso	Kg	Lb

2. DETALLES SOBRE CONSULTAS Y EXÁMENES

Por favor proporcione detalles relacionados con todas las consultas y exámenes de diagnóstico:

Últimas 5 consultas	Detalles	
Fecha 1	Síntomas	
Día Mes Año	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
Día Mes Año	Cirugía	
Fecha 2	Síntomas	
Día Mes Año	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
Día Mes Año	Cirugía	
Fecha 3	Síntomas	
Día Mes Año	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
Día Mes Año	Cirugía	
Fecha 4	Síntomas	
Día Mes Año	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
Día Mes Año	Cirugía	
Fecha 5	Síntomas	
Día Mes Año	Diagnóstico	
Presión arterial	Tratamiento	
Día Mes Año	Cirugía	

Por favor indique cualquier otro diagnóstico, síntoma, complicación o factor relevante relacionado con este paciente que no haya sido mencionado anteriormente. Por favor detalle la evolución, tratamiento y condición actual

Por favor proporcione detalles sobre los siguientes exámenes:									
Resultados de electrocardiograma realizado durante los últimos 12 meses. (INCLUYA INTERPRETACIÓN Y TRAZADO DEL ECG)									
Fecha									
Día	Mes	Año							
Resultado de las radiografías del tórax. (INCLUYA EL REPORTE DE RADIOLOGÍA REALIZADO DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES)									
Fecha									
Día	Mes	Año							
Resultados de exámenes de sangre realizados durante los últimos 6 meses (INCLUYA EL REPORTE)									
Fecha		Hematocrito		Hemoglobina		Leucocitos (WBC)		Plaquetas	
Día	Mes	Año	Colesterol		HDL		LDL		Triglicéridos
Glóbulos rojos		Creatinina		Glucosa		Hemoglobina glicosilada		PSA	
Por favor proporcione el resultado de los siguientes exámenes realizados durante los últimos 12 meses:									
Resultados de exámenes de tejidos: biopsias o cirugías. (INCLUYA EL REPORTE)									
Fecha									
Día	Mes	Año							
Si es mujer, resultados del Papanicolau. (INCLUYA EL REPORTE)									
Fecha									
Día	Mes	Año							
Si es mujer, resultados de la mamografía. (INCLUYA EL REPORTE DE RADIOLOGÍA)									
Fecha									
Día	Mes	Año							
Pronóstico	Excelente		Bueno		Reservado				
¿Se ha solicitado o realizado algún otro examen que no se haya descrito anteriormente durante los últimos cinco años (por ejemplo, TC, IRM, ecocardiografía, prueba de esfuerzo, etc.)? Sí No Si responde "Sí", por favor explique.									
Fecha		Nombre del examen			Resultados				
Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año							
Día	Mes	Año							
¿Ha consultado el paciente a algún otro médico? Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione la siguiente información:									
Fecha		Nombre del médico					Teléfono		
Día	Mes	Año							
Razón de la consulta									

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