

# CUESTIONARIO DE ASMA BRONQUIAL Y OTRAS AFECCIONES PULMONARES

(Para ser llenado por médico tratante)

Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la solicitud de su seguro.  
Este cuestionario debe ser contestado con información real y actualizada a la fecha en que sea requisitado.

## DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante

Fecha de nacimiento

dd / mm / aaaa

Edad

Sexo Fem.  Masc.

## INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de diagnóstico del trastorno

dd / mm / aaaa

### Diagnóstico

- Asma Número de ataques al año  Fecha del último  dd / mm / aaaa
- Enfisema pulmonar Comentarios
- Bronquiectasia(s)
- Bronquitis obstructiva crónica
- Tuberculosis pulmonar
- Neumonía
- Neumotórax
- Otro (especificar)

### ¿Hay presencia de?

- Disnea  En reposo  En esfuerzo  Ligera Fecha  dd / mm / aaaa
- Tos Duración  Fecha  dd / mm / aaaa
- Expectoración Duración  Fecha  dd / mm / aaaa Abundante SI  NO
- Hemoptisis
- Hipoxia Moderada  Severa
- Cianosis Localización  Fecha  dd / mm / aaaa
- Sibilancias Marcadas  Difusas
- Pérdida de peso Kgs. perdidos
- Infecciones frecuentes Fecha  dd / mm / aaaa  dd / mm / aaaa  dd / mm / aaaa

Fecha de inicio del tratamiento con usted

dd / mm / aaaa

**Insignia Life, S.A. de C.V.**

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México  
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

[www.insignialife.com](http://www.insignialife.com)

# CUESTIONARIO DE ASMA BRONQUIAL Y OTRAS AFECCIONES PULMONARES

(Para ser llenado por médico tratante)

¿Cuál ha sido el tratamiento recibido?

TRATAMIENTO	DOSIS	DURACIÓN	¿HA SIDO INTERRUMPIDO?	DESDE QUE FECHA	NOMBRE DEL MEDICAMENTO
<input type="radio"/> Broncodilatadores			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	dd / mm / aaaa	
<input type="radio"/> Aerosoles inhalados			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	dd / mm / aaaa	
<input type="radio"/> Terapia esteroidea			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	dd / mm / aaaa	
<input type="radio"/> Respiración asistida			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	dd / mm / aaaa	
<input type="radio"/> Otro (especificar)			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	dd / mm / aaaa	¿Cuál? <input type="text"/>

¿En qué categoría cae el tratamiento recibido?

- Solamente tratamiento ocasional durante los episodios
- Tratamiento por períodos mensuales
- Tratamiento continuo
- Hospitalización
- Períodos cortos de esteroides

¿Ha experimentado cualquier limitación en su capacidad para trabajar o ha tenido que ausentarse del trabajo como resultado de un episodio? Si  No

En caso afirmativo, indique número de días

¿Se le han practicado Rx de tórax o pruebas de función pulmonar? Si  No

En caso afirmativo, indique: Fecha  Resultado

¿El paciente fuma? Si  No

En caso afirmativo, indique cuántos al día y desde cuándo

En caso de que el paciente no fume actualmente ¿Fumaba? Si  No

Cantidad de cigarrillos al día y por cuánto tiempo

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo  Especialidad

Dirección

Cédula profesional  Teléfonos

**Insignia Life, S.A. de C.V.**

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México  
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

[www.insignialife.com](http://www.insignialife.com)

# CUESTIONARIO DE ASMA BRONQUIAL Y OTRAS AFECCIONES PULMONARES

(Para ser llenado por médico tratante)

Nota: Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue tratado el asegurado a que proporcionen a INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V. o a sus representantes los informes médicos y estudios radiológicos y de gabinete que se practicaron al paciente, inclusive los realizados por padecimientos anteriores. Relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Bajo protesta de decir la verdad, manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente del expediente clínico. La inexacta o falsa declaración requisitada en este documento invalidará toda responsabilidad de INSIGNIA LIFE, S.A. de C.V.

---

Lugar y fecha

Nombre, No. de cédula y firma del MÉDICO TRATANTE\*  
\*Si cuenta con cédula de especialidad, favor de indicar

Para efectos de validación de este cuestionario médico, debe anexar COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte vigente, cartilla militar, etc.)

**Insignia Life, S.A. de C.V.**

Mario Pani 400, Piso 15, Colonia Santa Fe Cuajimalpa, Alcaldía Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México  
Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

[www.insignialife.com](http://www.insignialife.com)