

CUESTIONARIO DE VALVULOPATÍAS

(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

Fecha de inicio de tratamiento con usted

dd / mm / aaaa

Mencione el tipo de valvulopatía indicando la naturaleza, ubicación y fecha del diagnóstico

NOMBRE DEL PADECIMIENTO

UBICACIÓN

FECHA DEL DIAGNÓSTICO

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

¿Requirió prótesis? Si No En caso de ser afirmativo favor de especificar el tipo, fecha de cirugía y resultado.

¿Requirió comisurotomía? Si No En caso de ser afirmativo, fue: Cerrada Abierta

Otra

¿Cuál?

¿Tiene alguna reintervención programada? Si No

Fecha

dd / mm / aaaa

¿Cuál es el tratamiento médico actual?

¿Complicaciones? Si No Detalles

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

CUESTIONARIO DE VALVULOPATÍAS

(Para ser llenado por médico tratante)

Actualmente presenta:

- Enfermedad de las arterias coronarias Si No Enfermedad cerebrovascular Si No
- Insuficiencia cardíacas Si No Hipertrofia o dilatación cardíaca Si No

En caso de ser afirmativo mencionar el tipo de enfermedad, fecha de inicio, tratamiento y evolución.

Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos y de gabinete que se le han realizado en los últimos 5 años, como por ejemplo:

NOMBRE DEL ESTUDIO	FECHA	RESULTADO		OBSERVACIONES
		NORMAL	ANORMAL	
<input type="radio"/> Electrocardiograma en reposo	dd / mm / aaaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Electrocardiograma en esfuerzo	dd / mm / aaaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Ecocardiograma	dd / mm / aaaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Rx de tórax	dd / mm / aaaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Serie cardíaca	dd / mm / aaaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Cateterismo	dd / mm / aaaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> Otro (especificar)	dd / mm / aaaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

¿Existe algún otro factor de riesgo? Si No En caso de ser afirmativo, favor de especificar.

DATOS 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

CUESTIONARIO DE VALVULOPATÍAS

(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