

CUESTIONARIO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

(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

Edad

Sexo Fem. Masc.

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de diagnóstico

Pruebas o exámenes que sirvieron de base para establecer el diagnóstico

- Electrocardiograma en reposo Electrocardiograma en esfuerzo Cateterismo Perfusión Miocárdica
 Otro ¿Cuál?

DIAGNÓSTICO (Favor de describir el tipo de cardiopatía isquémica, así como la zona del corazón afectada)

Fecha de inicio del tratamiento con usted

¿A qué tratamiento médico está o ha estado sujeto el paciente?

¿Se le ha realizado procedimiento terapéutico? Si No

En caso de ser afirmativo, describir cuál o cuáles, especificando fechas, resultado y evolución.

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 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Mencione fecha y resultados de los exámenes médicos que se le han realizado al paciente, posteriores a su tratamiento médico y/o procedimiento terapéutico.

NOMBRE DEL ESTUDIO	FECHA	RESULTADO		OBSERVACIONES
		NORMAL	ANORMAL	
<input type="radio"/> Electrocardiograma en reposo	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Electrocardiograma en esfuerzo	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cateterismo	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Perfusión Miocárdica	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Serie cardíaca	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Angio TAC coronario	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Otro (especificar)	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

¿Existe cualquier otro factor de riesgo como por ejemplo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Obesidad, Hiperlipidemia, Tabaquismo, etc.? Si No

En caso de ser afirmativo especifique el tipo y tratamiento que lleva.

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre completo

Especialidad

Dirección

Cédula profesional

Teléfonos

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