

CUESTIONARIO DE EPILEPSIA

(Para ser llenado por el médico tratante)

Esta información forma parte integral de la solicitud de seguro y debe ser contestado con información real y actualizada a la fecha en que sea contestado:

DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante

Fecha de nacimiento

dd / mm / aaaa

R.F.C. (con homoclave)

Ocupación actual

Sexo Fem. Masc.

1. Fecha del primer ataque dd / mm / aaaa

2. ¿Qué tipo de epilepsia se le diagnosticó?

3. ¿Cuáles son los síntomas que presenta cuando le dan las crisis?

¿Cuándo presenta estos ataques? Durante el día Durante la noche
 Posterior a la ingesta de alcohol Después de una gran excitación
 Posterior a la ansiedad mental prolongada Otro ¿Cuál? _____

4. Indicar número de crisis que se le han presentado en el año

5. ¿Ha tenido estatus epiléptico o varias crisis en el mismo día?

6. Fecha de la última crisis dd / mm / aaaa

7. ¿Qué medicamento ha recibido en los últimos 2 años y cual recibe en la actualidad?

En caso de haberse suspendido el tratamiento ¿Cuál fue la causa? y ¿Cuándo fue la última vez que se le dió?

8. ¿Cuál ha sido su respuesta al tratamiento?

9. Suplicamos a usted se sirva facilitarnos con carácter devolutivo los últimos estudios (tomografía axial computarizada, electroencefalograma o resonancia magnética) que le hayan sido practicados, o bien la fecha y resultados de los mismos.

[Redacted area for medical studies or dates]

En caso de no tener médico tratante, este cuestionario deberá ser contestado por el Solicitante estampando su firma al calce.

De acuerdo a la LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

Lugar y fecha

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