

CUESTIONARIO DE INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL

(Para ser llenado por el 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 requerido.

DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante

Fecha de nacimiento

Edad

dd / mm / aaaa

Sexo Fem. Masc.

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de diagnóstico de insuficiencia renal terminal

dd / mm / aaaa

Fecha de inicio del tratamiento con usted

dd / mm / aaaa

Causa de la insuficiencia renal terminal

Número de trasplantes

FECHA DE TRASPLANTE

TIPO DE DONANTES "GEMELO IDÉNTICO O UNIVITELINO, CADÁVER O DONANTE VIVO"

SI EL DONANTE ES UN PARIENTE EN VIDA, INDICAR SU NOMBRE Y PARENTESCO CON EL PACIENTE

FECHA DE TRASPLANTE	TIPO DE DONANTES "GEMELO IDÉNTICO O UNIVITELINO, CADÁVER O DONANTE VIVO"	SI EL DONANTE ES UN PARIENTE EN VIDA, INDICAR SU NOMBRE Y PARENTESCO CON EL PACIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El paciente ha necesitado diálisis desde el trasplante? Si No

Fecha de última diálisis

dd / mm / aaaa

¿En los últimos doce meses ha existido alguna de las siguientes complicaciones?

¿Ha habido crisis agudas de rechazo? Si No Fecha

¿Ha habido rechazo crónico? Si No Fecha

¿Ha habido glomerulonefritis en el riñón trasplantado? Si No Fecha

¿Ha habido complicaciones vasculares renales? Si No Fecha

Tratamiento

¿Actualmente el paciente continúa bajo tratamiento inmunosupresor? Si No

En caso afirmativo indicar

EFEECTO SECUNDARIO A ESTE TRATAMIENTO

MEDICAMENTO	DOSIS	DIAGNÓSTICO	FECHA DE APARICIÓN	TRATAMIENTO	EVOLUCIÓN
<input type="radio"/> Azatioprina			dd / mm / aaaa		
<input type="radio"/> Ciclosporina			dd / mm / aaaa		
<input type="radio"/> Corticoides ¿Cuál?			dd / mm / aaaa		
<input type="radio"/> Otro ¿Cuál?			dd / mm / aaaa		

¿Existen antecedentes de alguna otra enfermedad como por ejemplo, diabetes, enfermedades cardiovasculares, anemia renal u osteodistrofia renal? Si No

En caso afirmativo indicar cuál, diagnóstico, tratamiento y evolución

¿Cuándo se sometió su paciente por última vez a una revisión? ¿Cuáles fueron los estudios realizados y cuáles fueron los resultados?

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.)