

CUESTIONARIO BOCIO, HIPERTIROIDISMO, HIPOTIROIDISMO

(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. ¿Qué enfermedad concreta le ha sido diagnosticada y a qué edad?

2. ¿Fue sometido a alguna intervención quirúrgica o tratamiento con yodo radioactivo por tal motivo?
En caso afirmativo indicar fechas, tipo y situación.

3. Indique qué tratamientos farmacológicos ha seguido anteriormente y si sigue en la actualidad con alguno de ellos

Nombre

Dosis

Fechas

dd / mm / aaaa

dd / mm / aaaa

4. Indique cada cuánto tiempo pasa control médico y cuándo fue la última revisión.

5. Indique, cuáles fueron los últimos resultados de hormonas tiroideas (perfil tiroideo).

6. ¿Le han diagnosticado alguna dolencia o alteración asociada con la enfermedad de tiroides?
Especificar en caso afirmativo.

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