

CUESTIONARIO DE SOBREPESO Y GASTROPLASTÍAS

(A llenar por el médico tratante)

DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante

Fecha de nacimiento

dd / mm / aaaa

Profesión

Dirección

Peso actual kg.

Estatura cm.

IMC actual:

Peso máximo alcanzado kg.

T.A. Máx.

Mín.

1. El solicitante es:

¿Tratado por un médico?

Si No

Frecuencia año

¿Seguido por algún especialista?

Si No

Frecuencia año

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles ?

2. ¿Es el solicitante fumador?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, precise el consumo diario: Cigarrillos

AFECCIONES ASOCIADAS

3. Presenta o ha presentado el solicitante:

¿Trastornos metabólicos?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, precise:

Diabetes:

Dislipidemias:

¿Trastornos cardiovasculares?

Si No

Si la respuesta es afirmativa, precise:

Angina de pecho:

Infarto:

Hipertensión arterial:

Trastornos del ritmo:

Accidente cerebro-vascular:

Flebitis:

Embolia pulmonar:

Otros:

(Si la respuesta es afirmativa, facilite el último Informe de control cardiovascular realizado)

¿Trastornos respiratorios?	Si	No	Si la respuesta es afirmativa, precise:
Síndrome de apnea del sueño:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Trastornos ventilatorios:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

(Si la respuesta es afirmativa, facilite el último Informe de control cardiovascular realizado)

Otras afecciones como:	Si	No	Si la respuesta es afirmativa, precise:
Depresión:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Afección reumatológica:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Otros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

(Si la respuesta es afirmativa, facilite el último informe de control especializado realizado)

TRATAMIENTOS

	Si	No	
4. ¿Régimen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Medicación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Precise cuál: <input type="text"/>
			En curso: <input type="text"/>
			Interrumpido desde el: <input type="text"/>
¿Cura de adelgazamiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Posee un balón intragástrico?*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Cirugía?*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Otros?*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

*En caso afirmativo, contestar las siguientes preguntas:

GASTROPLASTIA

5. Intervenciones:	1ª intervención*	2ª intervención*
Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Fecha <input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
Naturaleza:	<input type="radio"/> colocación de un anillo gástrico <input type="radio"/> by-pass gástrico <input type="radio"/> otro, precise: <input type="text"/>	<input type="radio"/> colocación de un anillo gástrico <input type="radio"/> by-pass gástrico <input type="radio"/> otro, precise: <input type="text"/>

**Adjunte el (los) informe(s) operatorio(s)*

Resultados y complicaciones eventuales:

[Redacted area for operator report results and complications]

¿Está prevista una re-intervención? Si No ¿Cuándo?

Motivo: [Redacted area for reason of intervention]

ÚLTIMO INFORME BIOLÓGICO REALIZADO:

6. Fecha:
Glucemia en ayunas: g/L Hemoglobina glicosilada (HbA1c): %
Colesterol total: g/L HDL: g/L Triglicéridos: g/L

OTRAS INFORMACIONES:

7. ¿Practica el solicitante algún tipo de deporte regularmente? Si No
Si la respuesta es afirmativa, precise cuál(es): [Redacted area]

INFORMACIÓN 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.

CUESTIONARIO DE SOBREPESO Y GASTROPLASTÍAS

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.)