

CUESTIONARIO DE TUMOR (CÁNCER)

(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

dd / mm / aaaa

Sexo Fem. Masc.

INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha de diagnóstico

dd / mm / aaaa

Fecha de última consulta

dd / mm / aaaa

¿Cuáles fueron las pruebas utilizadas para el diagnóstico del tumor?

¿Análisis con marcadores tumorales? Si No ¿Cuál? Fecha

Indique sólo si invadió un órgano (invasión local) o más de un órgano (metástasis)

INVASIÓN LOCAL Si No

METÁSTASIS Si No

Ganglionares regionales

Ganglionares distantes

Órganos distantes

¿Qué órgano o sistema de órganos estaban afectados por el tumor?

Tipo de tumor (nombre de tumor)

Clasificación del tumor (T,N,M ,TX, T0, Tis, TQ, T2, T3, T4, NX, N0, N1, N2, N3, MX, M0, M1)

Otras clasificaciones (Ann-Arbor, Duke, FIGO, pT, Profundidad de Breslow, Flocks/VACURG, RAI, Surie/Salmon, NCI, Marshall)

Clasificación del tumor por etapa Etapa 0 Etapa I Etapa II Etapa III Etapa IV

Grado histológico del tumor Grado 1 (G1) Grado 2 (G2) Grado 3 (G3) Grado 4

TRATAMIENTO

Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo al tipo de tratamiento

Cirugía Finalidad de la cirugía: Diagnóstica Curativa Paliativa

Fecha dd / mm / aaaa Resultado

Insignia Life, S.A. de C.V.

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

CUESTIONARIO DE TUMOR (CÁNCER)

(Para ser llenado por médico tratante)

<input type="checkbox"/> Radioterapia	Preoperatoria <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Curativa <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Paliativa <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Interrumpida <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Completada <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>			

<input type="checkbox"/> Quimioterapia	Protocolo	<input type="text"/>	Número de ciclos	<input type="text"/>		
	Interrumpida <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Completada <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>

<input type="checkbox"/> Terapia hormonal	Protocolo	<input type="text"/>				
	Curativa <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Preventiva <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Paliativa <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Completada <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>

<input type="checkbox"/> Trasplante de médula	Alogénico <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	Autólogo <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Resultado	<input type="text"/>				

<input type="checkbox"/> Otro	¿Cuál?	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
-------------------------------	--------	----------------------	-------	---

EVOLUCIÓN

Remisión completa	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Desde que fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>		
Recidivas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Número	<input type="text"/>	Fecha de última	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
Complicaciones	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>	¿Cuáles?	<input type="text"/>

CONTROLES MÉDICO

Últimos exámenes médicos realizados (Por favor indique todas las opciones aplicables y complete las respuestas de acuerdo al tipo de exámenes)

<input type="checkbox"/> Examen radiológico	Órgano	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Resultados	<input type="text"/>		

<input type="checkbox"/> Tomografía Axial Computarizada (TAC)	Órgano	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Resultados	<input type="text"/>		

<input type="checkbox"/> Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	Órgano	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="dd / mm / aaaa"/>
	Resultados	<input type="text"/>		

Insignia Life, S.A. de C.V.

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

CUESTIONARIO DE TUMOR (CÁNCER)

(Para ser llenado por médico tratante)

Endoscopia Tipo Fecha dd / mm / aaaa
Resultados

Marcadores tumorales ¿Cuál? Fecha dd / mm / aaaa
Resultados

Otro ¿Cuál? Fecha dd / mm / aaaa
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.)

Insignia Life, S.A. de C.V.

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com