

CUESTIONARIO DE ASMA Y ENFERMEDADES PULMONARES

Para ser completado por el médico tratante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	

2. DIAGNÓSTICO

1) Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de la primera consulta	DD / MM / AA	
------------------------------	--------------	--

Síntomas

Diagnóstico

2) Ha referido al paciente a otro especialista u hospital, o sabe si el paciente ha recibido tratamiento en otro lado?
 Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione la información solicitada abajo.

Nombre del médico		Teléfono	
-------------------	--	----------	--

Tratamiento ambulatorio

Hospital

Teléfono

Tratamiento en el hospital

3) ¿Se ha sometido el paciente a alguna cirugía pulmonar? Sí No Si responde "Sí", por favor proporcione detalles.

4) ¿Está el paciente aún en tratamiento?

Sí No Si responde "Sí", por favor describa el tratamiento e indique el nombre y la dosis de los medicamentos.

5) ¿Con qué frecuencia ocurren las recaídas o ataques y cuánto duran?

Frecuencia		Duración		Último ataque	DD / MM / AA
------------	--	----------	--	---------------	--------------

6) ¿Cómo se consideran los ataques? Leves Moderados Severos

7) Última visita a la sala de emergencias	Fecha	DD / MM / AA	Frecuencia anual de visitas a sala de emergencias	
---	-------	--------------	---	--

8) Último ingreso al hospital	Fecha	DD / MM / AA	Frecuencia anual de ingresos al hospital	
-------------------------------	-------	--------------	--	--

2. DIAGNÓSTICO (CONTINUACIÓN)

9) Por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	DD / MM / AA	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies		Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb	
-------	--------------	---	--	--	--

Fecha Espirometría (prueba de la función respiratoria)

DD / MM / AA	
--------------	--

Fecha Interpretación de radiografía de tórax (incluya el reporte de radiología)

DD / MM / AA	
--------------	--

10) Antecedentes como fumador

Cantidad por día		Por cuántos años		
------------------	--	------------------	--	--

11) ¿Existen otras enfermedades, complicaciones, factores o síntomas que no hayan sido mencionados anteriormente?

--

12) Otros comentarios

--

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre

Dirección

Teléfono Fax

Correo electrónico

Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

4. AVISO DE PRIVACIDAD

HDI Seguros S.A. de C.V., con domicilio Boulevard San Juan Bosco No. 5003, Colonia Rancho Seco, C.P. 37669, en la ciudad de León, Guanajuato, México. En su carácter de Responsable, recaba Datos Personales con el objetivo de brindarle los servicios contratados y los tratará de acuerdo con las **finalidades primarias**: I) la prospección, suscripción, contratación y renovación de pólizas de seguro; II) facturación y cobranza; III) determinar hábitos de conducción, IV) telemática y telemedicina; V) atención y seguimiento de siniestros; VI) prevención de fraudes o delitos; VII) Crear y administrar su perfil de servicios en línea y de aplicación móvil; VIII) gestionar la prestación de las coberturas y/o los beneficios contratados con proveedores de servicios de salud; IX) servicios de reparación, X) pago de indemnizaciones y reembolsos; XI) cobro de deducibles y recuperaciones; XII) coaseguro y reaseguro; XIII) estadística, XIV) venta de salvamentos; y XV) acceso, control y seguridad dentro de sucursales u oficinas; y **finalidades secundarias**: a) mercadotecnia e investigaciones de mercado; b) publicidad o prospección comercial de productos, servicios y promociones no contratados; c) invitaciones para participar en concursos, actividades recreativas o altruistas sin fines de lucro promocionadas por HDI, d) realizar encuestas de servicio y e) prevención de riesgos. Para conocer nuestro Aviso de Privacidad visite <https://www.hdi.com.mx/aviso-privacidad/>

El contratante, asegurados titulares y dependientes del grupo o colectividad conocen que HDI Seguros, S.A. de C.V. y Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. participan en Coaseguro y podrán llevar a cabo el tratamiento de datos personales de manera autónoma e independiente. Asimismo, podrán llevar a cabo la transferencia de datos personales entre ellas, sus filiales y proveedores de servicios sin requerir del consentimiento de los titulares de datos personales en términos de las excepciones previstas por la regulación aplicable.

5. FIRMA

Firma del Médico tratante		Fecha	DD / MM / AA
Firma del Contratante o Titular		Fecha	DD / MM / AA

HDI SEGUROS, S.A. de C.V. Boulevard San Juan Bosco No. 5003, Colonia Rancho Seco, C.P. 37669, León, Guanajuato, México. Tel (55) 6826 9292. [hdi.com.mx/personas/gastosmedicos](https://www.hdi.com.mx/personas/gastosmedicos)