

# CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

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



## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura: <input type="checkbox"/> Mts <input type="checkbox"/> pies	Peso: <input type="checkbox"/> Kgs <input type="checkbox"/> Lbs

## 2. INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha de diagnóstico	DD / MM / AA		
Diagnóstico definitivo			
Etiología			
Padecimientos relacionados			
Complicaciones			
Tratamiento medico	Medicamento	Posología	Fecha de inicio
			DD / MM / AA
			DD / MM / AA
Tratamiento quirúrgico	Procedimiento quirúrgico		Fecha
			DD / MM / AA
			DD / MM / AA
Fecha de último episodio	DD / MM / AA		

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si responde "Sí", por favor explique (Incluya el reporte del estudio)

Estudio		Fecha	Resultado
Radiografía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Endoscopia/Colonoscopia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ultrasonido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Histopatológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Helicobacter	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Controles realizados	
Otros factores: <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Café <input type="checkbox"/> Medicamentos, cuáles?	
Condición actual	

### 3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono			
Correo electrónico			
Fecha		Firma	

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