

CUESTIONARIO DE ENFERMEDADES TIROIDEAS

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



1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA		

2. DIAGNÓSTICO

Por favor proporcione detalles de cuando la condición fue diagnosticada:

Fecha del diagnóstico	DD / MM / AA	Diagnóstico:	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	
Causa:	<input type="checkbox"/> Enfermedades graves	<input type="checkbox"/> Bocio simple	<input type="checkbox"/> Bocio nodular	<input type="checkbox"/> Tiroiditis	<input type="checkbox"/> Tiroiditis de hasimoto
	<input type="checkbox"/> Medicamentosa	<input type="checkbox"/> Deficiencia de yodo	<input type="checkbox"/> Nódulo tiroideo	<input type="checkbox"/> Neoplasia maligna de tiroides	
	<input type="checkbox"/> Congénito	<input type="checkbox"/> Adenoma hipofisario	<input type="checkbox"/> Otra (Especifique):		

¿Está el paciente bajo tratamiento? Sí No Si responde Sí, por favor describa el tratamiento

¿Se ha administrado yodo radioactivo? Sí No

¿Se le ha realizado alguno de los siguientes procedimientos?

Biopsia Sí No

Tiroidectomía total Sí No

Tiroidectomía parcial Sí No

Si responde Sí a alguno de los anteriores, por favor incluya el reporte de patología

Por favor, proporcione la siguiente información:

Valores de pruebas de sangre no mayor a 6 meses (incluya el reporte de laboratorio):

TSH

T4 libre

Anticuerpos antiperoxidasa

Resultado de Ultrasonido tiroideo (no mayor a 1 año). Omitir sólo en caso de tiroidectomía total

¿Se ha sometido el paciente a gamagrama tiroideo? Sí No Si responde Sí, por favor incluya el reporte

En caso de haber presentado cáncer de tiroides, favor anexe expediente médico completo

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

Sí No Si responde Sí a alguno de los anteriores, por favor incluya el reporte de patología

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial
Dirección			
Telefono		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)