

# CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

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



## 1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre	Apellidos	Nombre(s)
Número de póliza		

## 2. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE

Nombre	Apellidos	Nombre(s)	
Fecha de nacimiento	DD / MM / AA	Estatura Pies <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb
Nombre del ginecólogo		Teléfono del ginecólogo	

## 3. HISTORIAL GINECO-OBSTÉTRICO DE LA SOLICITANTE

Número de embarazos		Número de partos naturales	
Número de partos prematuros		Número de cesáreas	
Número de abortos			

En caso de cesárea, pérdida o terminación terapéutica del embarazo, por favor proporcione la siguiente información:

Fecha	Nombre del médico tratante	Teléfono
DD / MM / AA		
Nombre del hospital		
Razón		
Fecha	Nombre del médico tratante	Teléfono
DD / MM / AA		
Nombre del hospital		
Razón		

Por favor conteste las siguientes preguntas y explique cualquier respuesta afirmativa:

1	¿Ha tenido usted u otra persona en su familia un hijo con defectos o enfermedades congénitas o hereditarias, embarazos múltiples o alguna complicación del embarazo o del parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	¿Ha tenido algún embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, placenta previa o incompatibilidad sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún desorden ginecológico, infertilidad, papanicolau anormal, endometriosis, fibromas o desórdenes de la menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	¿Ha tenido alguna vez cirugía del útero o los órganos reproductores (ovarios, trompas de falopio, vagina, vulva, senos), dilatación y legrado, conización cervical o cualquier otra cirugía pélvica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por desórdenes cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia o desórdenes hormonales o renales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún otro desorden ginecológico u obstétrico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	¿Fuma usted cigarrillos o consume algún producto que contenga nicotina? Si respondió "Sí", por favor indique	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Tipo	

### 3. HISTORIAL GINECO-OBSTÉTRICO DE LA SOLICITANTE (CONTINUACIÓN)

#	Condición, cirugía o tratamiento	Desde	Hasta	Nombre y teléfono de médicos y hospitales
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	
		DD / MM / AA	DD / MM / AA	

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.

### 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 DE LA SOLICITANTE

Fecha	DD / MM / AA	Firma	
-------	--------------	-------	--

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://hdi.com.mx/personas/gastosmedicos)