

CUESTIONARIO DE CONVULSIONES

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	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb	

2. INFORMACIÓN MÉDICA

Fecha del primer síntoma	Síntomas
DD / MM / AA	
Fecha de la última consulta	
DD / MM / AA	

Tipo de convulsión			Etiología
I. Parcial (FOCAL)	<input type="checkbox"/> Simple	<input type="checkbox"/> Compleja	<input type="checkbox"/> Primaria (IDIOPÁTICA) <input type="checkbox"/> Secundaria
II. Generalizada	<input type="checkbox"/> Crisis de ausencia <input type="checkbox"/> Mioclónica <input type="checkbox"/> Tónica - Clónica	<input type="checkbox"/> Clónica <input type="checkbox"/> Tónica	

Asociada con:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hiperpirexia		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infecciones del S.N.C. (meningitis, encefalitis)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Disturbios metabólicos (hipoglucemia, etc.)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Agentes convulsivantes o tóxicos (cloroquina, alcohol)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoxia cerebral (Síndrome de Adams-Stokes, anestesia, etc.)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lesiones cerebrales expansivas (neoplasia, hemorragia intracraneal, etc.)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Defectos cerebrales		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edema cerebral		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Anafilaxia		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Derrame o hemorragia cerebral		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trauma cerebral		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Síndrome de abstinencia (relacionado al uso crónico de sustancias)		
Fecha del último ataque	DD / MM / AA	Cantidad de ataques en los últimos 12 meses	

¿Se ha sometido el paciente a cualquiera de las siguientes pruebas? Si selecciona alguna de las opciones, por favor explique. (Incluya el reporte)

Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Tomografía computarizada (TC)	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Arteriografía	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> MRI	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> EEG	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Tumor excluido	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	
Método de diagnóstico	Detalles	
<input type="checkbox"/> Otro	Resultado	
	Tratamiento	
Fecha	Pronóstico	
DD / MM / AA	Condición actual	

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
Firma		Fecha	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.
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

En virtud de lo señalado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, los clientes aceptan y otorgan su consentimiento expresamente con la firma del presente, para que BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. de C.V. haga uso de los datos personales que proporcionen, con la finalidad de prestarle los servicios señalados por el agente.

De acuerdo a lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento a los clientes lo siguiente:

a. Finalidad del tratamiento de datos:

Se recaban sus datos personales con las finalidades de: emisión, administración de pólizas, trámites para la evaluación de reclamaciones y pago por reembolsos en el caso de reclamaciones procedentes.

Del mismo modo para obtener de cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, dicha información sobre su persona.

b. Opciones y medios que se le ofrecen al personal para solicitar se limite el uso y divulgación de sus datos:

Los datos personales del titular, serán mantenidos en estricta confidencialidad, de conformidad con las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que al efecto BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V., implemente en sus políticas y procedimientos de seguridad, quedando prohibido su divulgación ilícita y limitando su uso a terceros, conforme a lo previsto en el presente Aviso de Privacidad.

En este sentido BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V. señala y hace de su conocimiento que tiene una "Política de Privacidad" establecida para explicar a terceros la forma en cómo la empresa da tratamiento a los "Datos Personales", misma que cumple con lo señalado en la LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

c. Medios para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición).

Enviando una solicitud, que cumpla con los requisitos señalados por la Ley de Protección de Datos Personales al correo electrónico privacidad@bupalatinamerica.com.

d. En dado caso de que la Compañía realice cambios al presente aviso, lo podrá comunicar al cliente, al empleado o proveedor, según sea el caso, por los siguientes medios:

1. Por correo electrónico a la cuenta que usted nos proporciona en la solicitud.
2. A través de la página www.bupa.com.mx.

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

5. FIRMA

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

Bupa México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.

Montes Urales No. 745 1er piso, Col. Lomas de Chapultepec • Ciudad de México
Tel. (55) 5202 1701 • servicioalcliente@bupalatinamerica.com • www.bupa.com.mx