

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

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