

CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

Para ser completado por la solicitante
(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



Código:

R.A.:APS/DS/No 013/2021

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

| | | | |
|------------------|----------|--------|---------|
| Nombre | Apellido | Nombre | Inicial |
| Número de póliza | | | |

2. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE

| | | | |
|-----------------------|--------------|---|--|
| Nombre | Apellido | Nombre | Inicial |
| Fecha de nacimiento | DD / MM / AA | Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies | Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lb |
| Nombre del ginecólogo | | Teléfono | |

3. HISTORIAL GINECO-OBSTÉTRICO DE LA SOLICITANTE

| | | | |
|-------------------------------|--|----------------------------|--|
| Número de embarazos | | Número de partos naturales | |
| Número de partos prematuros | | Número de cesáreas | |
| Número de abortos espontáneos | | 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 cigarrillos o consume algún otro producto que contenga nicotina? Si responde "Sí", indique: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Tipo <input type="text"/> Cantidad por día <input type="text"/> | |

| # | Condición, cirugía o tratamiento | Desde | Hasta |
|---|----------------------------------|--------------|--------------|
| | | DD / MM / AA | DD / MM / A |
| | | 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 |

4. FIRMA DE LA SOLICITANTE

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

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201-203 • Santa Cruz, Bolivia
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupalud.com/MiBupa