



Cuestionario Extendido para Tumoración o Cáncer

Nombre(s): _____

Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

1) Qué tipo de tumor le diagnosticaron: _____

2) Es la primera vez que le han diagnosticado cáncer o tumor: SI ☐ NO ☐

Especifique fechas y tipos de tumores diagnosticados y tratamientos: _____

3) Lo clasificaron cómo maligno o benigno: _____

4) Fecha de la primera manifestación de la enfermedad: _____

5) Fecha de la primera consulta a causa de esta enfermedad: _____

6) Qué tratamientos le realizaron:

☐

Sólo extirpación del tumor

☐

Extirpación del tumor amplia

☐

Extirpación del tumor más quimioterapia

☐

Extirpación del tumor más radioterapia

☐

Extirpación del tumor con quimio y radioterapia

☐

Otro tipo de tratamiento; especifique: _____

7) Se realizó estudio histopatológico: SI ☐ NO ☐ Cuál fue el resultado(describalo tal como aparece en el mismo y de haber sido maligno anexe copia del mismo): _____

8) Tiene familiares directos con antecedentes de cáncer: SI ☐ NO ☐ Especifique tipo y parentesco familiar: _____

9) Estuvo internado a causa del tumor o cáncer: SI ☐ NO ☐

10) Especifique fecha y lugar y duración del internamiento: _____

11) Fue dado de alta de la enfermedad: SI ☐ NO ☐ Fecha: _____

12) Nombre, dirección y teléfono del médico que le atendió: _____

13) Nombre, dirección y teléfono del médico que le ha dado seguimiento a su tratamiento:

14) Cuál fue la última vez que visito a su médico: _____

“Declaro que todas y cada una de las declaraciones vertidas en el presente Cuestionario Médico de Tumelación o Cáncer han sido respondidas con veracidad a mi saber y entender; y que no he ocultado información alguna que pueda influir en la evaluación o aprobación de la presente solicitud.

Tengo conocimiento que el presente formulario forma parte de mi solicitud de seguro de gastos médicos y que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de cualquiera de los hechos mencionados pueden ser causa de rescisión del contrato sobre seguro sin responsabilidad para PREVEM SEGUROS, S.A. DE C.V., de conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro.”

Fecha y Lugar: _____

Nombre y Firma