CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

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

Bupa

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 ☐ M ☐ Pies		Peso ☐ Kg ☐ 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?	☐ Sí ☐ No
2	¿Ha tenido algún embarazo ectópico, preeclampsia, eclampsia, placenta previa o incompatibilidad sanguínea?	☐ Sí ☐ No
3	¿ Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún desorden ginecológico, infertilidad, papanicolau anormal, endometriosis, fibromas o desórdenes de la menstruación?	☐ Sí ☐ 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?	☐ Sí ☐ No
5	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por desórdenes cardiovasculares, hipertensión, diabetes, anemia o desórdenes hormonales o renales?	☐ Sí ☐ No
6	¿Alguna vez ha sido diagnosticada con o tratada por algún otro desorden ginecológico u obstétrico no mencionado anteriormente?	☐ Sí ☐ No
7	¿Fuma cigarrillos o consume algún otro producto que contenga nicotina? Si responde “Sí”, indique:	☐ Sí ☐ No

7	Tipo		Cantidad por día	

#	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	