

# CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

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



## 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:	
	Tipo	Cantidad por día
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

#	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. VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.  
Firma

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Asegurado Titular Firma	

#### Bupa Ecuador S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú · Ed. San Salvador, Piso 4 · Quito, Ecuador  
Tel. (593) 2 396 5600 · www.bupasalud.com · SACecuador@bupalatinamerica.com