

# CUESTIONARIO DE MATERNIDAD

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



## 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	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	
-------	--------------	-------	--

**Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.**

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • [www.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)