



Cía. Internacional de Seguros, S.A. Cuestionario Afecciones Urinarias y Prostáticas

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

Apellidos: _____ Nombre del médico: _____
Nombre: _____ Dirección del médico: _____
Fecha de nacimiento : _____ Teléfono del médico: _____

La información detallada en este documento será tratada confidencialmente y bajo secreto profesional.
Rogamos contestar todas las preguntas y facilitar toda la información solicitada.

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: _____ Fecha de la última consulta: _____

Talla: _____ Peso: _____ Presión arterial: _____ / _____ Tratada No Tratada

Fecha: _____

	No	Sí	Detalles	Fecha(s)
Enfermedad glomerular (se ruega proporcionar el informe histológico de la biopsia renal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Desde:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de episodios: _____	
Glomerulonefritis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Enfermedad membranobasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis de lesiones mínimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis focal proliferativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis extra-membranosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis mesangial proliferativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis progresiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% de glomérulos afectados: _____	
Glomerulonefritis membrano-proliferativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis mesangio-capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis sin clasificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis extra-capilar difusa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomerulonefritis segmentaria focal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Síndrome de Goodpasture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nefroesclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hipertensiva <input type="checkbox"/> maligna <input type="checkbox"/> senil	
Síndrome nefrótico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anomalía renal (exceptuando la enfermedad glomerular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Afecciones Urinarias y Prostáticas

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Detalles
Anomalía congénita del aparato urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?: _____ Complicaciones: _____
Anomalía renal intersticial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?: _____ Causa: _____ Número de Episodios: _____
Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Curada Fecha del episodio: _____ <input type="checkbox"/> Crónica Diálisis programada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Trasplante renal programado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Estenosis de la arteria renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Causa: _____ Complicaciones: _____
Hidronefrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unilateral <input type="checkbox"/> Bilateral Causa: _____
Anomalía Prostática Hiperplasia de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tratamiento: _____ Causa: _____ Afección renal: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál?: _____
Litiasis prostática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de Episodios: _____ Fecha del episodio: _____
Prostatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Aguda <input type="checkbox"/> Curada Fecha del episodio: _____
Tratamientos			
Corticoterapia, droga usada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mg/día _____
Medicación anti-hipertensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?: _____
Quirúrgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tipo de intervención?: _____ Resultado: _____ Fecha: _____
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cuál?: _____



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Afecciones Urinarias y Prostáticas

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS, Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O A COMPUTADORA

	No	Sí	Resultados
Resultado de los exámenes realizados en los 12 últimos meses			
Análisis de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Proteínas			_____ g/l _____
- Glucosa			_____ g/dl _____
- Hematíes			_____ /c _____
- Leucocitos			_____ /c _____
Creatinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ mg/dl _____
Aclaramiento de la Creatinina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ ml/minuto _____
PSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ ng/ml _____
Porcentaje del PSA Libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urografía intravenosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado* _____
Ecografía Renal y/o Prostática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado* _____
Tomoden sitometría pelviana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado _____

IMPORTANTE: Se ruega proporcionar cualquier examen anormal.

FECHA:

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: