

□ CUESTIONARIO DE R.C. MÉDICO

Datos generales

1. Nombre: _____ 2. Fecha: _____
3. Firma _____
4. Dirección: _____ C.P. _____ 5. Teléfono: _____
6. RFC: _____ 4

Datos Profesionales

- | | |
|--|--|
| <p>1. ¿Está Usted Certificado por el Consejo de su Especialidad?
SI () NO ()</p> <p>2. ¿Cuenta con Recertificación vigente de su Consejo?
SI () NO ()</p> <p>3. Especialidad:
_____</p> <p>4. Suma Asegurada deseada:
 <input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 600,000 <input type="checkbox"/> 3,000,000
 <input type="checkbox"/> 150,000 <input type="checkbox"/> 700,000 <input type="checkbox"/> 4,000,000
 <input type="checkbox"/> 200,000 <input type="checkbox"/> 800,000 <input type="checkbox"/> 5,000,000
 <input type="checkbox"/> 250,000 <input type="checkbox"/> 900,000
 <input type="checkbox"/> 300,000 <input type="checkbox"/> 1,000,000
 <input type="checkbox"/> 350,000 <input type="checkbox"/> 1,250,000
 <input type="checkbox"/> 400,000 <input type="checkbox"/> 1,500,000
 <input type="checkbox"/> 450,000 <input type="checkbox"/> 1,750,000
 <input type="checkbox"/> 500,000 <input type="checkbox"/> 2,000,000</p> <p>5. Deducible (La prima baja con deducible fijo. Mientras más deducible asuma Ud. mayor es el descuento que recibe)

 <input type="checkbox"/> Variable 10% de la Suma Asegurada con mínimo \$4,500.00
 <input type="checkbox"/> 10,000
 <input type="checkbox"/> 15,500
 <input type="checkbox"/> 23,250
 <input type="checkbox"/> 31,000
 <input type="checkbox"/> 38,750
 <input type="checkbox"/> 46,500
 <input type="checkbox"/> 54,250
 <input type="checkbox"/> 62,000
 <input type="checkbox"/> 69,750
 <input type="checkbox"/> 77,500
 <input type="checkbox"/> 85,250
 <input type="checkbox"/> 93,000
 <input type="checkbox"/> 100,750</p> <p>6. Años de experiencia profesional:
 <input type="checkbox"/> 1- 5 años
 <input type="checkbox"/> 6- 10 años
 <input type="checkbox"/> 11- 15 años
 <input type="checkbox"/> 16- 20 años
 <input type="checkbox"/> 21- 25 años
 <input type="checkbox"/> 26- 30 años
 <input type="checkbox"/> Más de 30 años</p> <p>7. ¿Administra anestesia?
SI () NO ()</p> | <p>8. ¿Realiza cirugía reconstructiva?
SI () NO ()</p> <p>9. ¿Ha tenido reclamaciones o demandas en los últimos 3 años derivadas de la práctica de su especialidad?
SI () NO ()</p> <p>10. ¿A que nivel Socioeconómico pertenecen la mayoría de sus pacientes?:
a. Bajo () b. Medio () c. Medio Alto () d. Alto ()</p> <p>11. ¿Cómo considera su carga de trabajo?:
a. Tengo suficiente tiempo para efectuar mi trabajo ()
b. Tengo carga de trabajo y horario intenso ()
c. Es variable entre las dos situaciones anteriores ()</p> <p>12. ¿Cuántos pacientes atiende por semana?:

 <input type="checkbox"/> 1- 3
 <input type="checkbox"/> 4 - 10
 <input type="checkbox"/> 11 - 20
 <input type="checkbox"/> 21 - 50
 <input type="checkbox"/> Más de 50</p> <p>13. ¿Qué tipo de cirugía realiza más comúnmente?:
 Más del 50% Cirugía Mayor ()
 Más del 50% Cirugía Menor ()
 No práctico Cirugía ()</p> <p>14. En cuantos lugares ejerce su especialidad en horario habitual:

 Únicamente Consultorio. ()
 Únicamente Hospital ()
 Ambos</p> <p>15. Indique si desea Asegurar a su personal medico.
 a. Residentes Cuantos: _____
 b. Ayudante Cuantos: _____
 c. Internos Cuantos: _____
 d. Enfermeras Cuantos: _____
 e. Técnico Cuantos: _____</p> <p>16. ¿Forma Ud. parte de alguna Red Médica?
SI () NO ()</p> <p>17. ¿Cuál es la forma de pago que Ud. desearía?:

 <input type="checkbox"/> Contado
 <input type="checkbox"/> Mensual
 <input type="checkbox"/> Trimestral
 <input type="checkbox"/> Semestral</p> |
|--|--|

