DoorWiSell
HUMAN INTELLIGENCE REAL

SALUD, DENTAL Y BIENESTAR

Profundización y levantamiento detallado de necesidades

1 CONTROL DE LA FICHA

Fecha: ____ / ____ / _____ Hora: _____

Consultor(a): _____

Referencia No. de la consulta: _____

Canal de seguimiento:

☐ Llamada ☐ WhatsApp ☐ Correo electrónico

☐ Otro: _____

2 DATOS GENERALES

Nombre completo: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Mejor horario para contacto: _____

3 CONTEXTO ACTUAL DE BIENESTAR

Cobertura actual de salud / dental: _____

¿Tiene dependientes a incluir? _____

¿Cuenta con cobertura vigente? ☐ Sí ☐ No

Situación actual de atención médica o preventiva:

_____

4 OBJETIVO PRINCIPAL DE ESTA FICHA

☐ Mejorar cobertura médica ☐ Evaluar plan dental ☐ Evaluar visión

☐ Reducir gastos de salud ☐ Bienestar y prevención ☐ Otro: _____

Explique brevemente su prioridad actual:

_____

5 SITUACIÓN ACTUAL Y NECESIDADES PERCIBIDAS

Principales preocupaciones de salud o bienestar: _____

Necesidades inmediatas o cambios recientes: _____

Personas a incluir o proteger: _____

6 IDENTIFICACIÓN ESPECÍFICA DE NECESIDADES

Área	Necesidad detectada	Prioridad	Abrir propuesta / análisis
1. Seguro de salud		☐ Baja ☐ Media ☐ Alta	☐ Sí ☐ No
2. Plan dental		☐ Baja ☐ Media ☐ Alta	☐ Sí ☐ No
3. Visión		☐ Baja ☐ Media ☐ Alta	☐ Sí ☐ No
4. Accidentes / suplementarios		☐ Baja ☐ Media ☐ Alta	☐ Sí ☐ No
5. Bienestar y prevención		☐ Baja ☐ Media ☐ Alta	☐ Sí ☐ No
6. Cobertura familiar		☐ Baja ☐ Media ☐ Alta	☐ Sí ☐ No

7 INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA AVANZAR

Presupuesto estimado o rango de inversión: _____

Tiempo en el que desea tomar acción:

☐ Inmediato ☐ 1–3 meses ☐ 3–6 meses ☐ Más adelante

Observaciones del cliente sobre cobertura, costo o urgencia:

_____

8 OBSERVACIONES GENERALES DEL CONSULTOR

_____

_____

_____

_____

_____

9 RESULTADO DE LA EVALUACIÓN INICIAL

Interés general del cliente: ☐ Muy alto ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

Nivel de disposición para avanzar:

☐ Listo para comenzar ☐ Evaluando opciones ☐ Solo información

Factibilidad inicial percibida: ☐ Alta ☐ Media ☐ Baja

10 PRÓXIMO PASO

Acción acordada:

☐ Presentar opciones ☐ Solicitar información adicional

☐ Agendar nueva reunión ☐ Otro: _____

Fecha tentativa: ____ / ____ / _____ Hora: _____

Responsable del próximo contacto: _____

Medio de seguimiento: ☐ Teléfono ☐ WhatsApp ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____

11 RESUMEN EJECUTIVO — SALUD, DENTAL Y BIENESTAR

Resumen de hallazgos y próximos pasos clave: _____

_____