

### Informacion del Empleado/ Cuestionario Médico

Apellido	Primero y Segundo Nombre	Género	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Direccion de Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono

Cobertura médica Seleccionado:       Solo       Solo + Cónyuge       Solo + niño (s)       Familia

Nombre de Dependientes	Género	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	¿Estudiante a Tiempo Completo? Sí o No?

¿Tiene algún familiar en otro seguro médico o Medicare?       Sí       No

Si es así, ¿Quién tiene otra cobertura y cuál es el nombre de la empresa del Insurance?

#### Historia Médica Información

¿Cualquier persona cubierta ha recibido consulta o tratamiento por alguna de las siguientes condiciones en los últimos 2 años?

<p><b>Si No</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer / Neoplasia / linfoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CVA / Carrera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno congénito <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia de células	<p><b>Si No</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades del tejido conectivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Corazón o trastorno de la sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Volver / Trastorno de la Articulación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral / Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hyper o hipotiroidismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Complicaciones del Embarazo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos del estómago / intestinales	<p><b>Si No</b></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias / Trastorno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Miastenia Gravis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cualquier Cirugía pendiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estado > \$ 10k en Reclamaciones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades del Hígado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos crónicos
---	---	---

*Explique todas las condiciones que haya marcado en la siguiente tabla.*

Nombre del paciente	Diagnóstico actual	Fecha Diagnosticado (Mes / Año)	Tipo de Tratamiento Continuado	Lista de Prescripción Médica

*Si necesita más espacio, por favor usa el reverso de este formulario*

Yo certifico que la información contenida en este formulario o información en la inscripción médica, es verdadera y exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que las representaciones erróneas e intencionales en este formulario pueden constituir fraude y dará lugar a la rescisión de la cobertura. Esta información no está siendo utilizado para determinar si usted o alguno de sus dependientes son elegibles para inscribirse en la cobertura. Está siendo utilizado para determinar la disponibilidad de los beneficios de acuerdo al plan patrocinado por su empleador.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_