

CUESTIONARIO DE SALUD

Para ser llenado por el empleado

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN COMPLETA PARA GARANTIZAR LA ADMINISTRACIÓN DE RECLAMOS EN FORMA OPORTUNA. LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA NO PROVOCARÁ LA DENEGACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN EL PLAN MÉDICO.
 (SI USTED Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES HAN DECIDIDO RECHAZAR LA COBERTURA DE LA SALUD, NO NECESITA LLENAR ESTE CUESTIONARIO.)

MARQUE UNA DE LAS OPCIONES
 Afiliado Inicial
 Afiliado(s) con Inscripción Tardía
 Afiliado Actual

1 INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Nombre del Empleado	Sexo	Estatura	Peso	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Nombre del Empleador
---------------------	------	----------	------	--------------------------	---------------------	----------------------

2 CUESTIONARIO DE SALUD

Responda SÍ o NO a cada una de las siguientes preguntas para usted y cada uno de sus dependientes. **Para cada respuesta SÍ, explique y proporcione detalles completos. Declaración de Cumplimiento de la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA, por sus siglas en inglés) de 2008: Esto no es una solicitud de información genética. Al responder este Cuestionario de Salud, usted no debe incluir información genética. Es decir, no incluya ningún antecedente médico familiar ni información relacionada con pruebas genéticas, servicios genéticos, orientación genética o enfermedades genéticas por los que usted considera que puede encontrarse en riesgo.**

A USTED O A ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES se le ha diagnosticado, ha sido tratado o se le ha recomendado tratamiento por parte de un profesional médico dentro de los últimos cinco (5) años por alguna de las siguientes afecciones:

- | | |
|---|---|
| <p>a. ¿Enfermedad cardíaca o de las arterias, incluidos ataque cardíaco, derrame cerebral, aneurisma, arteriosclerosis, dolor de pecho, fiebre reumática o soplo cardíaco? Sí No</p> <p>b. ¿Hipertensión? □ □</p> <p>c. ¿Cáncer, tumor u otro tumor maligno? □ □</p> <p>d. ¿Enfermedades del riñón, el hígado, la vesícula, el páncreas o enfermedades de transmisión sexual de los órganos sexuales masculinos o femeninos, excepto VIH? □ □</p> <p>e. ¿Artritis, dolor de espalda, fiebre reumática o problemas musculoesqueléticos o de las articulaciones? □ □</p> <p>f. i. ¿Trastornos de inmunodeficiencia, infecciones o problemas infecciosos crónicos no relacionados con el SIDA o con el complejo relacionado con el SIDA? □ □</p> <p>ii. ¿A usted o al miembro solicitante de su familia se le ha diagnosticado o ha sido tratado por SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida) o por ARC (Complejo relacionado con el SIDA (CRS))? □ □</p> <p>g. ¿Alcohol o abuso de sustancias, trastornos mentales o nerviosos? □ □</p> <p>h. ¿Úlcera, colitis, dificultad para tragar, problemas estomacales, hernia o problemas del recto? □ □</p> <p>i. ¿Diabetes, fibrosis quística, albúmina o azúcar en la orina u otros problemas endocrinos? □ □</p> <p>j. ¿Asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía u otras enfermedades pulmonares? □ □</p> | <p>k. ¿Parálisis, epilepsia, esclerosis múltiple (EM) u otro trastorno neuromuscular? □ □</p> <p>l. ¿Sangrado o trastornos sanguíneos, excepto VIH? □ □</p> <p>Otras condiciones / Información:</p> <p>m. ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? □ □
 De ser así,
 ¿Es el primer embarazo? □ □
 ¿Ha tenido complicaciones con éste u otro embarazo anterior? □ □</p> <p>n. ¿Alguna otra condición médica en los últimos 5 años que no haya informado. □ □</p> <p>o. ¿Ha fumado usted o sus dependientes en los últimos 2 años? De ser así, indique la fecha en que dejó de hacerlo: _____ □ □</p> <p>p. ¿Está usted o alguno de sus dependientes tomando algún medicamento (excepto antibióticos o anticonceptivos) que debe ser recetado por un médico? □ □</p> <p>q. ¿Usted o sus dependientes han aumentado o perdido más de 20 libras en el último año? □ □
 <input type="checkbox"/> Aumentado _____ <input type="checkbox"/> Perdido _____</p> <p>r. ¿Trabaja en forma activa al menos 20 horas por semana? □ □</p> <p>s. ¿Ha sido usted o sus dependientes hospitalizado o sometido a una cirugía en los últimos cinco (5) años? □ □</p> <p>t. ¿Le han informado a usted o a sus dependientes que puede ser necesario que lo hospitalicen o se someta a una cirugía en el futuro? □ □</p> |
|---|---|

3 EXPLICACIONES DETALLADAS

N° de Artículo	Nombre de la Persona Tratada	Estatura/ Peso	Diagnóstico, Condición	Tipo de Tratamiento	Medicamentos/ Dosis	Proveedor del Tratamiento	<input type="checkbox"/> Todavía se encuentra en tratamiento Fechas del tratamiento
		Estatura				Nombre del Médico	Fecha en que Comenzó el Tratamiento
		Peso				Nombre del Hospital/Establecimiento	Fecha en que Terminó el Tratamiento (Si Corresponde)
		Estatura				Nombre del Médico	Fecha en que Comenzó el Tratamiento
		Peso				Nombre del Hospital/Establecimiento	Fecha en que Terminó el Tratamiento (Si Corresponde)
		Estatura				Nombre del Médico	Fecha en que Comenzó el Tratamiento
		Peso				Nombre del Hospital/Establecimiento	Fecha en que Terminó el Tratamiento (Si Corresponde)

4 FIRMA

Al firmar a continuación, certifico que a mi entender mis respuestas y declaraciones son verdaderas y completas. Comprendo que la Declaración de Salud es parte de mi solicitud de cobertura de la salud. La información proporcionada no provocará la denegación de la inscripción en el plan médico. Sin embargo, comprendo que si tergiverso u omito cualquier información, se puede cancelar mi cobertura o rescindir mi contrato.

Firma del empleado _____ Fecha _____