



PROPORCIONE INFORMACION COMPLETA PARA ASEGURAR LA ADMINISTRACION PUNTUAL DE LAS RECLAMACIONES LA INFORMACION QUE PROPORCIONE NO SERA CAUSAL PARA EL RECHAZO DE LA AFILIACION AL PLAN DE SALUD

(SI USTED Y LAS PERSONAS A SU CARGO ELEGIBLES HAN DECIDIDO RENUNCIAR A LA COBERTURA DE SALUD, USTED NO TIENE QUE LLENAR ESTE CUESTIONARIO)

MARQUE UNA

- Afiliado inicial
- Afiliado(s) tardío(s)
- Miembro existente

1. INFORMACION DEL EMPLEADO

Nombre del empleado	Sexo	Estatura	Peso	Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento	Nombre del empleador
---------------------	------	----------	------	----------------------------	---------------------	----------------------

2. CUESTIONARIO DE SALUD

Conteste cada una de las siguientes preguntas con *SI* o *NO* para usted y para cada una de las personas a su cargo. Para cada respuesta SI, sírvase explicar y dar detalles completos. **USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS A SU CARGO:**

1. ¿Ha sido admitido en un hospital u operado en los últimos cinco (5) años? SI NO

2. ¿Se le dijo que quizás sea necesario que se le admita en el hospital o que tenga que ser operado en el futuro? SI NO

3. ¿Se le ha diagnosticado, tratado o recomendado tratamiento en los últimos cinco (5) años por alguna de las siguientes enfermedades?

	SI	NO		SI	NO
a. Enfermedad del corazón o de las arterias, incluyendo ataque cardíaco, derrame cerebral, aneurisma, arteriosclerosis o dolores de pecho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. Diabetes, fibrosis cística u otros problemas endocrinarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hipertensión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. Asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía u otras enfermedades pulmonares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cáncer, tumor u otra afección maligna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. Parálisis, epilepsia, esclerosis múltiple u otras afecciones neuromusculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Enfermedades de los riñones, hígado, vesícula, páncreas o de los órganos masculinos/femeninos, incluyendo enfermedades venéreas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. Hemorragias o enfermedades de la sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Artritis, dolores de espalda, fiebre reumática o problemas de las articulaciones musculoesqueléticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras afecciones		
f. SIDA, complicaciones relacionadas con el SIDA, otras afecciones de inmunodeficiencia, infecciones o problemas de infecciones crónicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. ¿Está usted o alguna de las personas a su cargo embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Alcohólicismo, abuso de sustancias, trastornos mentales o nerviosos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. ¿Sufre usted o alguna de las personas a su cargo de alguna otra enfermedad médica que no se haya mencionado arriba? De ser así, descríbalas en detalle abajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Úlcera, colitis, dificultad en tragar, problemas estomacales, hernia o problemas del recto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. ¿Ha fumado usted o alguna de las personas a su cargo en los últimos dos años? Si la respuesta es afirmativa, la fecha en que dejaron de fumar- _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Está usted o alguna de las personas a su cargo tomando algún medicamento (excepto antibióticos o anticonceptivos) que requiera receta médica? SI NO

3. EXPLICACIONES DETALLADAS

Item No.	Nombre de la persona tratada	Estatura/ Peso	Enfermedad diagnosticada	Tipo de tratamiento	Medicamentos/ Dosis	Proveedor del tratamiento	<input type="checkbox"/> Todavía en tratamiento Fechas de tratamiento
		Estatura				Nombre del médico	Fecha en que comenzó el tratamiento
		Peso				Nombre del hospital/centro	Fecha en que terminó el tratamiento (si corresponde)
		Estatura				Nombre del médico	Fecha en que comenzó el tratamiento
		Peso				Nombre del hospital/centro	Fecha en que terminó el tratamiento (si corresponde)
		Estatura				Nombre del médico	Fecha en que comenzó el tratamiento
		Peso				Nombre del hospital/centro	Fecha en que terminó el tratamiento (si corresponde)

4. Firma

Al firmar abajo, certifico que mis respuestas y declaraciones son correctas y completas a mi mejor saber y entender. Entiendo que la Declaración de Salud es parte de mi solicitud para obtener la cobertura médica. La información que se proporciona no será causal para el rechazo de la afiliación al plan de salud. Sin embargo, entiendo que si he tergiversado u omitido cualquier hecho importante, se podrá cancelar mi cobertura o rescindirse el contrato.

Firma del empleado _____ Fecha _____