

Información del Empleado/ Cuestionario Médico

Empleador: _____

Apellido	Primero y Segundo Nombre	Género	Ultimos 4 digitos de Social	Fecha de Nacimiento	
Direccion de Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono
Altura	Peso				

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

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

Nombre del paciente	Diagnóstico actual	Fecha Diagnosticado (Mes / Año)	Tipo de Tratamiento Continuado	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: _____