

CUESTIONARIO MÉDICO DEL GRUPO

DEBE SER LLENADO POR EL EMPLEADO EN NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA INCLUYENDO CUALQUIERA QUE NO ACEPTE LA COBERTURA
LOS CUESTIONARIOS INCOMPLETOS SERÁN DEVUELTOS

Nombre del Grupo del Empleador _____

Nombre	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	No. de Seguro Social
Empleado:	/ /			
Cónyuge:	/ /			
Nombres de Hijos Dependientes:	/ /			
Nombres de Hijos Dependientes:	/ /			
Nombres de Hijos Dependientes:	/ /			

Nota: Atar información sobre hijos adicionales

Llene la siguiente información para todos los familiares (sea o no que esté haciendo la solicitud para incluirlos). Consulte con ellos para asegurarse de que la información que usted proporcione sea verdadera, correcta y completa. **No se le puede negar cobertura basándose en algún historial médico proporcionado por usted que sea verdadero, correcto y completo a su mejor entendimiento.**

<p>1. Ha experimentado ALGUNA VEZ, usted o cualquier familiar indicado, problemas o ha sido diagnosticado con, o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes situaciones:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. ¿tumor?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. ¿cáncer o leucemia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. ¿corazón, sangre, o vasos sanguíneos?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. ¿lupus, múltiple esclerosis, artritis o gota?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e. ¿diabetes?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f. ¿hígado, vesícula biliar, o tiroides?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g. ¿pulmones?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h. ¿mareos, desmayo, convulsiones, pérdida del conocimiento, o epilepsia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i. ¿dolor u otros problemas de la espalda?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j. ¿una enfermedad transmitida sexualmente?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k. ¿un desorden congénito o físico?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l. ¿el cerebro o el sistema nervioso?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>m. ¿embolia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>n. ¿el sistema linfático?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>o. ¿el sistema inmune?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>p. ¿colitis?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>q. ¿úlceras?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>r. ¿desórdenes en el dormir?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>s. ¿trasplante(s)?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. ¿tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿cáncer o leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿corazón, sangre, o vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿lupus, múltiple esclerosis, artritis o gota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. ¿diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. ¿hígado, vesícula biliar, o tiroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. ¿pulmones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. ¿mareos, desmayo, convulsiones, pérdida del conocimiento, o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. ¿dolor u otros problemas de la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. ¿una enfermedad transmitida sexualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. ¿un desorden congénito o físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. ¿el cerebro o el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. ¿embolia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. ¿el sistema linfático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	o. ¿el sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	p. ¿colitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	q. ¿úlceras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	r. ¿desórdenes en el dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	s. ¿trasplante(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>2. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ha experimentado, usted o cualquier familiar indicado, problemas o ha sido diagnosticado con o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes situaciones:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. ¿alta presión sanguínea?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. ¿huesos, articulaciones o sistema muscular?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. ¿intestinos, estómago o páncreas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. ¿órganos femeninos o masculinos (incluyendo pero no limitado a glándula próstata o los senos)?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>e. ¿enfermedad mental, desorden emocional, ansiedad, depresión, desequilibrio químico o un desorden al comer?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>f. ¿dependencia del alcohol o las drogas o uso de drogas ilícitas?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>g. ¿los riñones o el sistema urinario?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>h. ¿dolor de cabeza severo?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>i. ¿las glándulas o el sistema hormonal?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>j. ¿anemia?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>k. ¿asma?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>l. ¿infertilidad?</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>3. ¿Se le ha dicho alguna vez a usted o a un dependiente que puede necesitar tratamiento en el futuro? Sí No</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		Sí	No	a. ¿alta presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿huesos, articulaciones o sistema muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. ¿intestinos, estómago o páncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿órganos femeninos o masculinos (incluyendo pero no limitado a glándula próstata o los senos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. ¿enfermedad mental, desorden emocional, ansiedad, depresión, desequilibrio químico o un desorden al comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. ¿dependencia del alcohol o las drogas o uso de drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. ¿los riñones o el sistema urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h. ¿dolor de cabeza severo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. ¿las glándulas o el sistema hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. ¿anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. ¿asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	l. ¿infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>4. ¿Está usted o un dependiente usando actualmente alguna medicina recetada? (por favor indique abajo las medicinas específicas) Sí No</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Tiene usted o uno de sus dependientes, o sospecha que tiene, alguna condición, síntoma, o problema (físico o mental) no mencionado previamente? Sí No</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Está usted o uno de sus dependientes (solicitando o en espera de cobertura) actualmente embarazada? Sí No</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si lo está, ¿cuál es la fecha del parto? ___/___/___</p> <p>Si lo está, ¿se anticipan dificultades, problemas, o complicaciones con el embarazo, parto, o con el recién nacido? Sí No</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Ha experimentado dificultades, problemas, o complicaciones con embarazos anteriores, partos, o recién nacidos? Sí No</p> <p>..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	Sí	No																																																																																																			
a. ¿tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. ¿cáncer o leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. ¿corazón, sangre, o vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. ¿lupus, múltiple esclerosis, artritis o gota?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. ¿diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
f. ¿hígado, vesícula biliar, o tiroides?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
g. ¿pulmones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
h. ¿mareos, desmayo, convulsiones, pérdida del conocimiento, o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
i. ¿dolor u otros problemas de la espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
j. ¿una enfermedad transmitida sexualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
k. ¿un desorden congénito o físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
l. ¿el cerebro o el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
m. ¿embolia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
n. ¿el sistema linfático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
o. ¿el sistema inmune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
p. ¿colitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
q. ¿úlceras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
r. ¿desórdenes en el dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
s. ¿trasplante(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
	Sí	No																																																																																																			
a. ¿alta presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
b. ¿huesos, articulaciones o sistema muscular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
c. ¿intestinos, estómago o páncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
d. ¿órganos femeninos o masculinos (incluyendo pero no limitado a glándula próstata o los senos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
e. ¿enfermedad mental, desorden emocional, ansiedad, depresión, desequilibrio químico o un desorden al comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
f. ¿dependencia del alcohol o las drogas o uso de drogas ilícitas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
g. ¿los riñones o el sistema urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
h. ¿dolor de cabeza severo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
i. ¿las glándulas o el sistema hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
j. ¿anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
k. ¿asma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			
l. ¿infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																			

8. PARA CADA PREGUNTA DE LA 1 A LA 7 A LA QUE RESPONDIO "SÍ," POR FAVOR LLENE LO SIGUIENTE: (más espacio proveniente atras)

Pregunta #	Nombre del Paciente	Relacione: condición, desorden, enfermedad, problema, tratamiento, medicina, y nivel de recuperación	¿Paciente Hospitalizado?		Fechas del Cuidado Médico		Costo actual o Esperado del Cuidado Médico
			Sí	No	Primera	Ultima	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Yo certifico que he consultado a todos mis familiares (sea o no que estén solicitando o no aceptando la cobertura) sobre su historial médico y que la información anterior es verdadera, correcta, y completa a mi mejor entendimiento. Reconozco que cualquier cobertura emitida por Regence BlueCross BlueShield of Utah (de aquí en adelante referida como "el Plan") será emitida basándose en la veracidad, la exactitud y la integridad de esta información, **pero entiendo que la cobertura no puede ser negada basándose en un historial médico proporcionado por mí, a mi mejor entendimiento, verdadero, correcto y completo.** Si alguna información proporcionada por mí en este cuestionario no es verdadera, correcta, o completa a mi mejor entendimiento, el Plan tendrá el derecho de declarar mi contrato nulo y sin validez de acuerdo a las provisiones aplicables de la ley del estado de Utah.

Yo, mediante la presente, autorizo a cualquier profesional del cuidado médico u otra persona o entidad a cederle al Plan cualquier archivo, documento, u otra información en conexión con cualquier averiguación o investigación sobre la veracidad, la exactitud y la integridad completa de la información que he proporcionado aquí. Además, estoy de acuerdo en preparar las solicitudes requeridas por el Plan para dar mi autorización de consentimiento para ceder archivos médicos y de otros tipos, y acuerdo que el Plan puede cancelar mi cobertura retroactiva a su fecha original de entrada en efecto si me rehúso a ceder tales documentos en un plazo de treinta (30) días después de la solicitud hecha por el Plan.

Entiendo y acuerdo que éste y todos los documentos proporcionados por mí permanecen como propiedad exclusiva del Plan.

Cualquier asunto que esté en disputa entre usted y el Plan puede estar sujeto a arbitraje como una alternativa a la acción del corte conforme a las reglas de la Asociación Americana de Arbitraje o cualquier otro arbitraje reconocido, cuya copia de la cual está disponible a solicitud por el Plan. El Plan debe poder cubrir los costos del arbitraje, cargos por archivo de documentos, cargos administrativos y de arbitraje. Otros gastos de arbitraje, incluyendo, pero no limitado a: honorarios de abogados, gastos de hallazgo, testigos, estenógrafos, traductores y gastos similares, correrán por cuenta de la parte que incurra estos gastos. Cualquier decisión obtenida por arbitraje deberá estar vinculada a ambos, usted y el Plan. El fallo del arbitraje puede incluir los honorarios del abogado, si la ley estatal lo permite, y puede presentarse como juicio en cualquier tribunal de jurisdicción apropiada.

Usted tiene la opción de regresar este formulario a su empleador o usted puede enviarlo por correo directamente a Regence BlueCross BlueShield of Utah, Membership Department, P.O. Box 30270, Salt Lake City, UT 84130-0270

