

BREVE FORMULARIO PARA EL CUESTIONARIO MÉDICO Y LA DECLARACIÓN DE HISTORIA MÉDICA (Grupos de 51 o más)

DEBE LLENARLO Y FIRMARLO EL EMPLEADO EN NOMBRE DE TODOS LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA, INCLUYENDO A TODO AQUEL QUE ESTÉ RECHAZANDO COBERTURA

Nombre del grupo del empleador: _____ Numero del Grupo

--	--	--	--	--	--	--	--

Sección A

Nombre	Fecha De Nacimiento	Sexo	Inscrito	Renuncia
Empleado		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cónyuge		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hijos dependientes		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección B

- ¿Usted o algún miembro de su familia ha recibido alguna vez, se le ha dicho que ha recibido, ha consultado a un profesional médico por ello o ha recibido consejería o tratamiento para?: **(Marque todas las opciones que apliquen y explique a continuación.)**
 - condiciones, desórdenes, enfermedades, problemas u afecciones del
 - corazón, sistema inmunológico, riñón, hígado, pulmones, sistema muscular, nervioso páncreas
 - dependencia de alcohol o drogas cáncer colitis ulcerante desórdenes congénitos diabetes leucemia lupus enfermedad mental grave SIDA / enfermedad transmitida sexualmente accidente cerebrocardiovascular
 - cualquier condición grave desórden enfermedad o problema no mencionado arriba o está consciente de la existencia de dicha condición.
- ¿Está usted o algún miembro de su familia tomando actualmente medicamentos cuyo costo exceda los \$500 por mes?... Sí No
- ¿Usted o algún miembro de su familia ha incurrido alguna vez en gastos médicos por \$5,000 o más en cualquier período de doce meses o anticipa usted tener tales gastos ahora o en el futuro? Sí No
- ¿Está usted o algún miembro de su familia embarazada actualmente? (Si la respuesta es "sí", por favor explique a continuación cualquier problema que anticipe y la fecha de parto) Sí No

Sección C

Para cualquier pregunta de la Sección "B" a la cual haya contestado que **Sí**, llene lo siguiente:

Pregunta # y Letra	Nombre, edad y sexo del empleado o familiar	Lista de condiciones, desórdenes, enfermedades, problemas, tratamiento y grado de recuperación	Fechas del cuidado (Fecha debida si es embarazado)		Costo actual o estimado de la atención médica
			Primero	Último	

UTILICE EL REVERSO SI REQUIERE ESPACIO ADICIONAL

Yo por la presente certifico que la información arriba presentada es verdadera, correcta y completa a mi mejor entendimiento y declaro que cualquier cobertura emitida por el Plan estará de conformidad con la misma. De probarse falsa, imprecisa o incompleta cualquier información proporcionada por mí en este cuestionario, el Plan tendrá derecho a declarar mi contrato nulo e inválido y a denegar cualquier reclamo presentado. Por la presente, yo autorizo a todo proveedor de cuidado médico primario a entregar al Plan los registros médicos, documentos o demás información médica pertinente a mi salud o a la de mis familiares. Comprendo y estoy de acuerdo en que el Plan puede requerir que yo proporcione evidencia de asegurabilidad, cubriendo yo el gasto correspondiente, y que éste y todos los demás documentos proporcionados por mí continúan siendo propiedad exclusiva del Plan.

Firma del empleado _____

Fecha en que firma _____

