

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

Sección "A"

Nombre del grupo del empleador _____	SÍ	NO	
Nombre del empleado _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____	Inscrito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renuncia <input type="checkbox"/>
Nombre del cónyuge _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____	Inscrito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renuncia <input type="checkbox"/>
Nombres hijos dependientes _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____	Inscrito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renuncia <input type="checkbox"/>
_____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____	Inscrito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renuncia <input type="checkbox"/>
_____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____	Inscrito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renuncia <input type="checkbox"/>
_____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____	Inscrito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Renuncia <input type="checkbox"/>

Sección "B"

	SÍ	NO
1. ¿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:		
a) condiciones, desórdenes, enfermedades, problemas u afecciones del corazón, sistema inmunológico, riñón hígado, pulmones, sistema muscular, nervioso y/o del páncreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Círcule todos los tipos aplicables y explique a continuación.)		
b) dependencia de alcohol o drogas, cáncer, colitis ulcerante, desórdenes congénitos, diabetes, leucemia, lupus, enfermedad mental grave, SIDA / enfermedad transmitida sexualmente y/o accidente cerebrocardiovascular? (Círcule todos los tipos aplicables y explique a continuación.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) cualquier condición grave, desórden, enfermedad o problema no mencionado arriba o está consciente de la existencia de dicha condición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está usted o algún miembro de su familia tomando actualmente medicamentos cuyo costo exceda los \$500 por mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección "C"

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

Pregunta #	Nombre, edad y sexo del empleado o familiar	Lista de condiciones, desórdenes, enfermedades, problemas, tratamiento y grado de recuperación	Primera / última fecha de atención médica (fecha estimada de parto si está embarazada)	Costo actual o estimado de la atención médica

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