

## Informacion del Empleado/ Cuestionario Médico

<b>Apellido</b>	<b>Primero y Segundo Nombre</b>	<b>Género</b>	<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>
<b>Direcion de Domicilio</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Altura</b>	<b>Peso</b>			

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 asi, ¿Quién tiene otra cobertura y cuál es el nombre de la empresa del Insurance?

### Historia Médica Información

¿Cualqui

Si No

- Cáncer / Neoplasia / linfoma
- Artritis
- Diabetes
- CVA / Carrera
- Lesiones
- Hipertensión
- Trastorno congénito
- Anemia de células

Si No

- Leucemia
- Enfermedades del tejido conectivo
- Corazón o trastorno de la sangre
- Volver / Trastorno de la Articulación
- Parálisis Cerebral / Fibrosis Quística
- Hyper o hipotiroidismo
- Complicaciones del Embarazo
- Trastornos del estómago / intestinales

Si No

- Enfermedades Respiratorias / Trastorno
- Esclerosis Múltiple
- Miastenia Gravis
- Trastorno neurológico
- Cualquier Cirugía pendiente
- Estado > \$ 10k en Reclamaciones
- Enfermedades del Hígado
- Trastornos renales
- Trastornos psiquiátricos crónicos

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

Nombre del paciente	Diagnóstico actual	Fecha Diagnosticado (Mes / Año)	Tipo de Tratamiento Continuo	Lista de 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: \_\_\_\_\_