

Cuestionario médico para empleados y sus familias

Sección 1:

Información del empleado y del empleador

Nombre del empleador: _____

Nombres de los miembros de la familia que solicitan cobertura	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo Femenino/Masculino	Estatura (pies, pulgadas)	Peso (libras)
	Empleado				
	Cónyuge				
	Dependiente				
	Dependiente				
	Dependiente				

Sección 2:

Historial de salud familiar

Durante los últimos cinco (5) años, ¿un médico u otro profesional médico certificado ("profesional de la salud") diagnosticó o trató, ya sea a usted o a alguno de los miembros de su familia que solicitan cobertura, una enfermedad o alguien está actualmente bajo tratamiento? Use una "X" para marcar "SÍ" o "NO" en las casillas que aparecen al inicio de cada categoría de condición médica de abajo y marque con una "X" todas las condiciones que correspondan.

Para todas las respuestas donde seleccione "SÍ" y las condiciones que marque con una "X", proporcione detalles en la tabla que encontrará en la página siguiente.

A. Corazón/Circulatorias <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	D. Cáncer/Tumores <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	H. Huesos/Músculos/Articulaciones <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> A1. Anemia <input type="checkbox"/> A2. Angina de pecho <input type="checkbox"/> A3. Angioplastia/stent <input type="checkbox"/> A4. Aneurisma <input type="checkbox"/> A5. Coágulos sanguíneos <input type="checkbox"/> A6. Problemas de la sangre <input type="checkbox"/> A7. Bypass <input type="checkbox"/> A8. Arritmia cardíaca <input type="checkbox"/> A9. Angina de pecho <input type="checkbox"/> A10. Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> A11. Cardiopatía coronaria <input type="checkbox"/> A12. Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> A13. Hemofilia <input type="checkbox"/> A14. Presión arterial alta/baja <input type="checkbox"/> A15. Colesterol alto <input type="checkbox"/> A16. Marcapasos <input type="checkbox"/> A17. Palpitaciones cardíacas <input type="checkbox"/> A18. Anemia falciforme <input type="checkbox"/> A19. Apoplejía/accidente cerebrovascular isquémico <input type="checkbox"/> A20. Várices <input type="checkbox"/> A21. Taquicardia ventricular <input type="checkbox"/> A22. Otro (_____)	<input type="checkbox"/> D1. Cerebro <input type="checkbox"/> D2. Seno <input type="checkbox"/> D3. Colon <input type="checkbox"/> D4. Quistes <input type="checkbox"/> D5. Enfermedad de Hodgkin <input type="checkbox"/> D6. Leucemia <input type="checkbox"/> D7. Hígado <input type="checkbox"/> D8. Pulmón <input type="checkbox"/> D9. Linfoma <input type="checkbox"/> D10. Melanoma <input type="checkbox"/> D11. Ovarios <input type="checkbox"/> D12. Glándula pituitaria <input type="checkbox"/> D13. Próstata <input type="checkbox"/> D14. Estómago <input type="checkbox"/> D15. Testículos <input type="checkbox"/> D16. Tiroides <input type="checkbox"/> D17. Otro (_____) <input type="checkbox"/> D18. Etapa del cáncer, si se conoce	<input type="checkbox"/> H1. Hernia de disco (hernia discal) <input type="checkbox"/> H2. Síndrome del túnel carpiano <input type="checkbox"/> H3. Fibromialgia/Síndrome de fatiga crónica <input type="checkbox"/> H4. Fracturas (abiertas o cerradas) <input type="checkbox"/> H5. Gota <input type="checkbox"/> H6. Reemplazo de articulación (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> H7. Rodilla <input type="checkbox"/> H8. Distrofia muscular <input type="checkbox"/> H9. Cuello/espalda <input type="checkbox"/> H10. Hombro <input type="checkbox"/> H11. Espina bífida <input type="checkbox"/> H12. Torceduras/esguinces <input type="checkbox"/> H13. Otro (_____)
B. Ojos/Oídos/Nariz/Garganta <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> B1. Neuroma acústico <input type="checkbox"/> B2. Cataratas <input type="checkbox"/> B3. Sinusitis crónica <input type="checkbox"/> B4. Fisura labial (labio leporino)/fisura palatina (paladar hendido) <input type="checkbox"/> B5. Desprendimiento de retina <input type="checkbox"/> B6. Tabique nasal desviado <input type="checkbox"/> B7. Infecciones de los oídos <input type="checkbox"/> B8. Glaucoma <input type="checkbox"/> B9. Retinopatía <input type="checkbox"/> B10. Otro (_____)	E. Neurológicas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> E1. Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> E2. Parálisis cerebral <input type="checkbox"/> E3. Epilepsia <input type="checkbox"/> E4. Traumatismo craneal <input type="checkbox"/> E5. Migrañas <input type="checkbox"/> E6. Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> E7. Neuropatía periférica <input type="checkbox"/> E8. Parálisis/hemiplejía <input type="checkbox"/> E9. Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> E10. Crisis/convulsiones <input type="checkbox"/> E11. Otro (_____)	I. Sicológicas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> I1. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad <input type="checkbox"/> I2. Alcoholismo <input type="checkbox"/> I3. Ansiedad <input type="checkbox"/> I4. Autismo <input type="checkbox"/> I5. Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> I6. Depresión <input type="checkbox"/> I7. Abuso de drogas <input type="checkbox"/> I8. Trastornos alimenticios <input type="checkbox"/> I9. Esquizofrenia <input type="checkbox"/> I10. Intento de suicidio <input type="checkbox"/> I11. Otro (_____)
C. Inmunológicas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> C1. Esclerosis lateral amiotrófica <input type="checkbox"/> C2. SIDA <input type="checkbox"/> C3. VIH+ <input type="checkbox"/> C4. Deficiencia inmunológica <input type="checkbox"/> C5. Lupus <input type="checkbox"/> C6. Psoriasis <input type="checkbox"/> C7. Esclerodermia <input type="checkbox"/> C8. Otro (_____)	F. Transplantes <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> F1. Pendiente <input type="checkbox"/> F2. En lista de espera <input type="checkbox"/> F3. Trasplante realizado <input type="checkbox"/> F4. Médula ósea <input type="checkbox"/> F5. Células madre <input type="checkbox"/> F6. Tipo de órgano: (_____)	J. Diabetes/Sistema endocrino <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> J1. Diabetes controlada por: <input type="checkbox"/> a. Dieta <input type="checkbox"/> b. Medicamento oral <input type="checkbox"/> c. Insulina <input type="checkbox"/> d. Otro (_____) <input type="checkbox"/> J2. Glándulas suprarrenales <input type="checkbox"/> J3. Hormonas del crecimiento <input type="checkbox"/> J4. Hipertiroidismo/hipotiroidismo <input type="checkbox"/> J5. Otro (_____)
	G. Artritis <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> G1. Artritis <input type="checkbox"/> G2. Osteoartritis <input type="checkbox"/> G3. Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> G4. Otro (_____)	K. Reproductivas <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> K1. Enfermedades del seno <input type="checkbox"/> K2. Endometriosis <input type="checkbox"/> K3. Miomas <input type="checkbox"/> K4. Trastornos menstruales <input type="checkbox"/> K5. Quistes ováricos <input type="checkbox"/> K6. Otro (_____)

L. Pulmones/Respiratorias	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	intestinales	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	N. Hígado/Riñones/Urinarias	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> L1. Alergias <input type="checkbox"/> L2. Asma Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ¿En tratamiento con oxígeno? (_____)		<input type="checkbox"/> M1. Acidez crónica/Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> M2. Colitis o síndrome del intestino irritable <input type="checkbox"/> M3. Trastornos del colon <input type="checkbox"/> M4. Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> M5. Diverticulitis/diverticulosis <input type="checkbox"/> M6. Vesícula biliar <input type="checkbox"/> M7. Bypass gástrico <input type="checkbox"/> M8. Hernia hiatal/reflujo <input type="checkbox"/> M9. Pancreatitis <input type="checkbox"/> M10. Úlceras <input type="checkbox"/> M11. Colitis ulcerativa <input type="checkbox"/> M12. Otro (_____)		<input type="checkbox"/> N1. Enfermedades de la vejiga <input type="checkbox"/> N2. Cirrosis <input type="checkbox"/> N3. Enfermedad de Gaucher <input type="checkbox"/> N4. Hepatitis (Tipo: _____) <input type="checkbox"/> N5. Ictericia <input type="checkbox"/> N6. Trastornos renales <input type="checkbox"/> N7. Cálculos renales <input type="checkbox"/> N8. Enfermedades del hígado <input type="checkbox"/> N9. Poliquistosis renal <input type="checkbox"/> N10. Próstata <input type="checkbox"/> N11. Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> N12. Otro (_____)	

Responda las siguientes preguntas sobre usted y los miembros de su familia que solicitan cobertura:

- SÍ NO Actualmente, ¿alguien está embarazada o va a tener un hijo?
Fecha estimada del parto: _____
 SÍ NO a. ¿Un médico o un profesional de la salud han confirmado el embarazo?
 SÍ NO b. ¿Hay complicaciones en el embarazo?
 SÍ NO c. ¿Se espera un nacimiento múltiple?
- SÍ NO Actualmente o durante los últimos cinco años, ¿alguien ha sido paciente de un hospital, clínica, centro quirúrgico, establecimiento de atención de urgencia u otro establecimiento de atención médica, ya sea como paciente ambulatorio o paciente hospitalizado?
- SÍ NO Actualmente, ¿alguien consume productos del tabaco, como cigarrillos, pipas, puros, o mastica tabaco?
- SÍ NO Actualmente o durante los últimos 12 meses, alguien ha tenido:
 - pruebas o resultados físicos anormales resultados pendientes de pruebas
 - un estado de salud, enfermedad o lesión que pueda requerir tratamiento o cirugía
 - pruebas, tratamientos o cirugía recomendados ganancia/pérdida de peso o fatiga sin explicación
 - lesión o enfermedad cubierta por indemnización laboral una enfermedad no mencionada en la Sección 2

Use esta tabla para explicar las respuestas "Sí" o los elementos que marcó en la Sección 2. Puede adjuntar hojas adicionales.

Número de pregunta	Nombre	Diagnóstico/Tratamiento	Fecha del diagnóstico	Etapas del tratamiento

Sección 3: Medicamentos de la familia

SÍ NO ¿Usted, o alguno de los miembros de su familia que solicita cobertura, toma actualmente algún medicamento (incluidos los medicamentos de venta sin receta) que haya sido recetado o recomendado por un médico o profesional de la salud?

Si su respuesta a la pregunta anterior es "Sí", use la tabla para explicar. Puede adjuntar hojas adicionales.

Nombre	Medicamento	Dosis y frecuencia de uso	Fecha de prescripción	Fecha en que la tomó por última vez o dentro del tratamiento en curso	Condición para la cual el medicamento es tomado

Nota: si omite o tergiversa cualquier información, la prima para su cobertura grupal podría cambiarse en forma retroactiva a la fecha de entrada en vigencia de la póliza. Usted o su agente autorizado tienen el derecho de recibir una copia de este formulario.

Firma del empleado: _____ Fecha de firma: _____