

Cuestionario Médico de Grupo del Empleador

(26 + Vidas)



Nombre del Grupo

Dirección (Incluir Ciudad, Estado, Zona Postal)

Responda a las siguientes preguntas "hasta donde sepa", para todos los empleados elegibles, propietarios, socios, funcionarios corporativos, individuos que continúan en COBRA y dependientes cubiertos bajo su plan actual. La información en esta forma está diseñada para ayudar en la evaluación de su grupo.

En el pasado, ¿ha habido algún enrolado que haya sido diagnosticado o haya tenido problemas con...		Yes	No
1	Enfermedades del Corazón y de Circulación: enfermedad cardiovascular, infarto, cirugía del corazón, dolor de pecho, soplo en el corazón, embolia, presión arterial alta, colesterol alto?		
2	Enfermedades del Cerebro y del Sistema Nervioso: ataques, parálisis, esclerosis múltiple, migrañas, depresión/ansiedad?		
3	Cáncer / Tumores: cualquier forma de cáncer o tumor, cualquier cirugía, radiación o quimioterapia para cáncer?		
4	Enfermedades endocrinas: lupus, fatiga crónica, enfermedades de la tiroides, enfermedades inmunológicas, SIDA/ARC?		
5	Condiciones / Enfermedades Respiratorias: asma, enfisema, pulmonía?		
6	Enfermedades Intestinales / Digestivas: reflujo gástrico, insuficiencia hepática, hepatitis, de la vesícula, colitis, hernia?		
7	Enfermedad Músculo-Osea: hernia discal, torceduras de cuello/espalda, reemplazo de articulaciones, artritis, lesión de rodilla u hombro, tú carpiano, enfermedades de espalda, Distrofia Muscular?		
8	Enfermedades Congénitas: defectos de corazón, paladar hendido, síndrome de Down?		
9	Enfermedades del Riñón: insuficiencia renal, cálculos renales, diálisis?		
10	Enfermedades de la Piel: soriasis, carcinoma basocelular, melanoma?		
11	Enfermedad del Sistema Inmunológico: insuficiencia pulmonar?		
12	Diabetes?		
13	En el último año, ¿algún enrolado ha acumulado reclamaciones en exceso de \$5,000?		
14	¿Sabe de algún empleado o dependiente que actualmente esté o pronto estará en COBRA?		
15	¿Ha sufrido algún enrolado lesión física por la cual esté bajo tratamiento?		
16	¿Ha sido algún enrolado hospitalizado o se ha sometido a intervención quirúrgica en los últimos cinco años?		
17	¿Tiene algún enrolado cualquier infección conocida (aguda o crónica)?		
18	¿Ha estado algún enrolado ausente del trabajo o confinado al hogar o incapacitado por más de 2 semanas consecutivas debido a enfermedad o lesión en los últimos cinco años?		
19	¿Ha sido algún enrolado receptor o candidato para un trasplante de órgano como riñón, hígado, corazón o pulmón?		
20	¿Hay alguna enrolada embarazada? Si sí, anote fecha esperada de parto y cualquier complicación prevista incluso nac múltiples.		
21	¿Hay algún enrolado sometido a tratamiento por infertilidad?		
22	¿Tiene algún enrolado algún desorden psicológico/problemas de salud mental/enfermedad nerviosa o adicción a alcohol o drogas?		
23	¿Hay algún enrolado o hijos dependientes de 19 años o más, recibiendo beneficios por discapacidad de cualquier tipo incluyendo Indemnización del Trabajador, Seguro Social, Medicare, Medicaid o ingresos por discapacidad?		
24	¿Ha sido aconsejado algún enrolado que debe someterse a tratamiento médico, operaciones quirúrgicas, pruebas de diagnóstico u hospitalización en los siguientes 6 meses?		
25	¿Tiene algún enrolado cualquier otra condición médica importante?		

Para cualquier respuesta "Sí" proporcionada en la sección anterior, enumere los detalles en la sección que sigue. Use papel adicional si es necesario.

#	FNac / Edad	Condición/Enfermedad	Tipo de Tratamiento	Tratamiento Fecha Comien	Tratamiento Fecha Final	Medicamentos

Yo, como Funcionario de esta compañía nombrada arriba, certifico que, hasta donde sé, la información que he proporcionado es completa y correcta e incluye a todos los enrolados y dependientes que solicitan cobertura. Entiendo que distorsiones sustanciales u omisiones intencionadas en esta forma pueden resultar en la cancelación del seguro.

Firma:	Título:	Fecha:
Nombre Agente:	Firma Agente:	Fecha: