

(Para ser llenado por empleados elegibles de los grupos que tienen de 2 a 25 empleados participantes)

Con Licencias Independientes de la Asociación de BlueCross BlueShield.

REFERENCIA #	Apellido	Nombre	Inicial	Seguro Social #	Fecha de nac.	Género		Estatura Pies/Pulgadas	Peso Libras	¿Ha usado productos que contienen tabaco en los últimos 12 meses?	
						Masc.	Fem.			Sí	No
[1] Empleado	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Cónyuge	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Dependiente	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Dependiente	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Dependiente	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código postal de la casa del empleado _____

PARTE A ¿ALGUNA PERSONA SOLICITANTE DE COBERTURA HA SIDO DIAGNOSTICADA, HA RECIBIDO TRATAMIENTO O SE LE HA RECOMENDADO RECIBIR TRATAMIENTO POR CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES ABAJO MENCIONADAS DENTRO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, A MENOS QUE SE LE HAYA INDICADO DE OTRA MANERA? LLENE EL FORMULARIO DEL DIAGNÓSTICO DETALLADO POR CADA "SÍ" EN LA PARTE A. Por favor responda a TODAS las preguntas en este formulario. Las preguntas deben ser contestadas solo por el empleado, cónyuge y todos los dependientes solicitando cobertura. Las respuestas deben incluir solo información médica personal. No incluya pruebas genéticas/exploraciones genéticas ni información relacionada al historial médico familiar.

Sí	No	Enfermedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Cáncer - Melanoma o cáncer de mama dentro de los últimos 10 años u otro tipo de cáncer dentro de los últimos 5 años , incluyendo leucemia, linfoma, cáncer de Hodgkin's o quistes malignos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. El corazón / sistema circulatorio - Infarto, falla cardíaca congestiva, angioplastia, derrame cerebral, aneurisma, angina o enfermedades graves del corazón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. La sangre - Hemofilia, enfermedad de Von Willebrand, anemia drepanocítica u otras enfermedades serias de la sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Los sistemas reproductivos / congénitas -Displasia cervical, enfermedad de transmisión sexual, maternidad de riesgo alto (actualmente embarazada <17 o >41 años de edad, diabetes gestacional, toxemia o que requiera hospitalización o fetos múltiples), un niño prematuro nacido dentro de los últimos 24 meses , enfermedad congénita o defectos congénitos que requieren tratamiento continuado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Diabetes - Tomando insulina o más de un medicamento o ya sea alta presión sanguínea, problemas con los ojos, neuropatía (entumecido o dolor en los manos o pies), problemas con el corazón y los riñones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Intestinal / Endocrina - Colitis/rectisitis con úlceras, enfermedad del Crohn, pancreatitis crónica, cirrosis del hígado, hepatitis (B,C o E)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Cerebro / Neurológico - Alzheimers, parálisis cerebral, epilepsia, esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis, enfermedad de Parkinson, ataques, enfermedad de Lou Gehrig u otros problemas serios relacionados con estas enfermedades
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Pulmón / Respiratorio - Fibrosis quística, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño, RSV (Virus Sincitial Respiratorio), hospitalización debido al asma, bronquitis o neumonía u otras enfermedades graves del pulmón/condiciones respiratorias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Urinario / Riñón - (Excluyendo las pérdidas renales), insuficiencia renal/diálisis, una ostomía u otras enfermedades graves urinarias o de los riñones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Sistema inmune - VIH positivo, SIDA, discoide o lupus sistemático, trastorno de los tejidos conectados u otros trastornos del sistema inmune durante toda la vida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Huesos / músculos / piel - Artritis reumática, ciática o artritis que requiera un caminador/silla de rueda, cirugía o prótesis; quemaduras graves, discos con hernia/hinchados u otros trastornos graves relacionados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Modificación de comportamiento - Tratamiento del abuso de las drogas o el alcohol; hospitalización o terapia de paciente externo debido a un trastorno nervioso y mental o por trastornos de la alimentación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Transplantes - Transplante de órgano o transplante de la médula ósea (o en espera de tal transplante) <u>de por vida</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. En los últimos 12 meses, a alguno de los solicitantes: ¿Se le ha aconsejado que se le haga una cirugía, pruebas o vacunas o inmunizaciones especiales, pero que todavía no se le las ha hecho? ¿Ha sido hospitalizado o ha remitido reclamaciones por más de \$25,000 por cualquier condición que no ha sido mencionada en esta solicitud? ¿Ha tomado o se le ha prescrito 3 o más medicamentos diferentes por una sola enfermedad? ¿Ha estado incapacitado del trabajo por más de 2 semanas?

PARTE B Use el número de referencia (en la parte superior izquierda de la página) que está relacionada con la persona mencionada por cada respuesta "Sí" cuando llene los detalles de las enfermedades abajo mencionadas.

Sí	No	¿Alguna de las personas solicitantes de cobertura acudió a un médico durante los últimos 2 meses? Si la respuesta es "sí," escriba los detalles abajo.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna de las personas solicitantes de cobertura tiene cualquiera de las siguientes enfermedades? Encierre en un círculo cada una que se aplica y escriba los detalles abajo. a. Actualmente embarazada b. Tumores c. Trastorno de la espalda d. Infertilidad e. Artritis f. Gota g. Quistes h. Fibroides i. Trastorno menstrual j. Endometriosis k. Anemia l. Bocio

Ref. #	Nombre	Enfermedad	Diagnóstico incluyendo el tratamiento, fármacos recetados o razón por la visita	Fecha del diagnóstico inicial	Fecha del último tratamiento	¿Fue completa la recuperación?	
						Sí	No
1	Ejemplo- Nombre del empleado	a.	Ejemplo-actualmente con seis meses de embarazo, sin problemas, visita al médico dos veces al mes, toma vitaminas prenatales	21/01/2007	30/04/2007	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE C Por cada persona que se inscribe, haga una lista de todos los medicamentos, además de los descritos en la parte B, que actualmente toma o que ha tomado dentro de los últimos 12 meses. Por favor incluya la razón por la que toma el medicamento y la frecuencia con que se lo toma.

Ref. #	Nombre	Medicamentos, razón porque se los toma y la frecuencia que se los toma
2	Ejemplo-Nombre de cónyuge	Ej.-Glucophage XR, diabetes, una vez al día; atenolol, hipertensión, una vez al día; lmitrex, migrañas, según sea necesario; Allegra sin receta, alergias, según sea necesario

Por favor lea detenidamente y firme abajo: Es un crimen proveer información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a la compañía de seguro con el propósito de cometer fraude contra la compañía. Los castigos incluyen el encarcelamiento, multas y la negación de los beneficios de seguro.