



10315 Professional Circle, Reno, NV

# FORMULARIO DE EVALUACIÓN MÉDICA

(VÁLIDO SOLO POR 60 DÍAS)

"DEBEN RESPONDERSE TODAS LAS PREGUNTAS DEL FRENTE Y DE ATRÁS"  
POR FAVOR LLENAR USANDO TINTA - NO USAR CORREGIDOR DE LETRAS  
SOLO SE ACEPTAN ORIGINALES - NO FAX

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Página 1 de 2

Nombre del Negocio \_\_\_\_\_ Teléfono del Negocio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar del Empleado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección Postal del Empleado \_\_\_\_\_ Teléfono/Hogar (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de empleo a tiempo completo \_\_\_\_\_ Posición del Empleo \_\_\_\_\_ Responsabilidades \_\_\_\_\_ en esta compañía \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

### A. LISTAR TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SERÁN ASEGURADOS

|           | (Nombre) | (2do. Nombre) | (Apellido) | SEXO<br>M/F | Fecha de Nacimiento<br>Mes/Día/Año | Altura | Peso | Número de Seguro Social | Si el apellido es diferente,<br>explicar la relación*                  |
|-----------|----------|---------------|------------|-------------|------------------------------------|--------|------|-------------------------|--|
| Empleado  |          |               |            |             |                                    |        |      | - -                     | <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) |
| Esposo(a) |          |               |            |             |                                    |        |      | - -                     |  |
| Niño(a)   |          |               |            |             |                                    |        |      | - -                     |  |
| Niño(a)   |          |               |            |             |                                    |        |      | - -                     |  |
| Niño(a)   |          |               |            |             |                                    |        |      | - -                     |  |
| Niño(a)   |          |               |            |             |                                    |        |      | - -                     |  |

\* Si el apellido es diferente al del empleado, se debe proporcionar documentación legal. Si necesita espacio adicional, adjuntar **fecha y firma** en una hoja separada.

### B. LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN RESPONDERSE CON PRECISIÓN Y EN SU TOTALIDAD

Si cualquier persona que está aplicando para recibir cobertura médica, incluyendo a los miembros dependientes, *en algún instante* ha tenido, se le ha informado que tiene, ha consultado con un doctor o médico practicante, o ha tomado medicamentos por cualquiera de lo siguiente: (Si responde que "sí", por favor colóquelo un círculo a la condición médica y complete la Sección C.)

|   | DEPENDIENTE DEL EMPLEADO | SÍ                       | NO                       | SÍ                       | NO                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Diabetes? (marcar uno) <input type="checkbox"/> Dieta, <input type="checkbox"/> Oral, <input type="checkbox"/> Insulina   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Cáncer, Leucemia, Enfermedad de Hodgkin o cualquier tipo de Malignidad?   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Enfermedad renal, insuficiencia renal y/o actualmente se encuentra en diálisis? ¿Le han diagnosticado hepatitis? (marque uno) <input type="checkbox"/> A, <input type="checkbox"/> B, <input type="checkbox"/> C o <input type="checkbox"/> _____, Alcoholismo, Abuso de Drogas, Cirrosis del Hígado, Asma, TB, Enfisema, COPD o cualquier tipo de enfermedad respiratoria? ¿Uso de Tabaco durante los últimos 12 meses (Cantidad por día)? _____ ¿Número de años fumando/masmando tabaco? _____) |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿VIH o SIDA, Epilepsia, Parálisis Cerebral, Múltiple Esclerosis, Trastornos en la Espalda/Cuello/Espina Dorsal, Artritis Reumatoide, Colitis Ulcerativa, Trastorno Intestinal, Ataque Cardíaco, Enfermedad o Trastorno Cardíaco, Aneurisma, Derrame, Prolapso de Válvula Mitral, Lupus o Arteriosclerosis?   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha usted o cualquiera de sus dependientes tenido alguna vez un trasplante, o se le ha aconsejado un trasplante? En caso afirmativo, ¿qué órgano? _____  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Se le ha aconsejado durante el último año a que tenga una cirugía, o a que se le hospitalice por alguna condición?  |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Está usted, o sus dependientes (incluyendo los niños), actualmente embarazada? En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de espera?: _____<br>¿Tuvo usted o cualquiera de sus dependientes algunas Complicaciones de Embarazo incluyendo Cesárea y/o Parto Prematuro, o ha estado o está siendo tratada por Infertilidad?   |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### C. SI LA RESPUESTA ES "SÍ" CON CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS EN LA SECCIÓN B, DAR DETALLES COMPLETOS ABAJO (Escriba N/A si no se aplica al caso):

| Pregunta Número | Persona | Condición Médica | Tratamientos/Medicamentos<br>(Para Drogas / Alcoholismo o Tabaco proporcionar abajo la fecha y duración del último consumo) | Fechas de tratamiento o Consulta con el Doctor DE AL | Grados de Recuperación |
|-----------------|---------|------------------|---|--|------------------------|
|                 |         |                  |   | MES/AÑO MES/AÑO                                      |                        |
|                 |         |                  |   |  |                        |
|                 |         |                  |   |  |                        |
|                 |         |                  |   |  |                        |

Si llegase a necesitar espacio adicional, adjuntar **fecha y firma** en una hoja separada.

Por favor proporcione los nombres y direcciones **COMPLETAS** de todos los doctores, hospitales y clínicas, y la condición médica del tratamiento que ha recibido.

Nombre del Doctor (incluyendo el Practicante Familiar)/Hospital/Clínica \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Condición Médica \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor (incluyendo el Practicante Familiar)/Hospital/Clínica \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Condición Médica \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**E. IMPORTANTE — DECLARACIÓN DEL APLICANTE — POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE:**

---

Yo represento que todas las respuestas proporcionadas, incluyendo aquellas que se encuentran al frente de esta solicitud son cabales, completas y verdaderas en lo mejor de mi conocimiento, información y creencia. Cuando sea aplicable, autorizo a mi empleador a que deduzca las primas de mis ingresos. Entiendo que cualquier declaración errónea, o fallo al proporcionar información solicitada, podrá utilizarse como fundamento para la terminación de mi cobertura. Entiendo que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que esta solicitud la haya aprobado HHP. Entiendo que esta información no es válida después de 60 días de haberlo completado.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA:** Autorizo a cualquier médico, doctor practicante, hospital, clínica, instalación de la administración de veteranos, otra instalación médica o instalación médicamente relacionada, compañía de seguros o reaseguradora, Despacho de Información Médica, Inc. o Agencia de Reportes del Consumidor que tengan información disponible con respecto a diagnósticos, tratamientos y pronósticos con respecto a cualquier condición física o mental y/o tratamiento mío o de mis niños menores, y cualquier otra información no médica mía o de mis niños menores que se proporcionen al asegurador o a sus representantes legales, información cualquiera y toda dicha información.

Entiendo que la información que se obtenga mediante el uso de la autorización se utilizará para evaluar el riesgo médico general de la cobertura del grupo y para determinar si existe algún tipo de condición preexistente, si llegase a aplicarse. Cualquier información obtenida no la divulgará el administrador a ninguna persona u organización, excepto a las compañías aseguradoras, al Despacho de Información Médica, Inc. u otras personas u organizaciones que realicen servicios comerciales o legales relacionados con mi solicitud, reclamo o como legalmente se requiera, o como yo lo autorice en adelante.

Doy conocimiento que la información a divulgarse podría incluir información referente al abuso de alcohol y/o abuso de drogas, o información psiquiátrica que está protegida por las regulaciones federales; Mi firma autoriza la divulgación de dicha información.

Además doy conocimiento que la información que se divulgará también podría incluir los resultados de las pruebas de VIH y/o el diagnóstico del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Yo sé que puedo solicitar una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original. Estoy de acuerdo de que esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se menciona a continuación.

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Cualquier información que se llegue a revelar no podrá usarse para negar la cobertura médica del grupo.***