



HEALTH PLANS

10421 South Jordan Gateway, Suite 400
South Jordan, Utah 84095

DECLARACIÓN DE SALUD DEL EMPLEADO

Grupo Pequeño (2-24)

Importante: Sírvase llenar esta declaración para todos los miembros de la familia, ya sea que estén o no matriculados en la cobertura médica.

IMPORTANTE: Sírvase imprimir o escribir a máquina todas las secciones en tinta.

Nombre	Estature-Pies/Pulgadas	Peso Actual	Peso del año pasado
Empleado: _____			
Cónyuge: _____			

*La información médica en esa forma no puede ser usada para negar la cobertura médica a los individuos que la soliciten. En el grupo pequeño de 2-50, la información médica no es material para la aprobación de la solicitud de cobertura del pequeño empleador.

PREGUNTAS MÉDICAS - Si responde " Si," a cualquier pregunta. Sírvase a dar los detalles en el espacio proveído abajo.

1. ¿Ha tenido un diagnóstico, o ha sido atendido ud. o alguno de sus dependientes, en los últimos 5 años, en alguna de las siguientes:	Si		No		2. ¿Trastorno del sistema inmunológico, síndrome de inmunidad deficiente adquirida (SIDA) o síndrome relacionado?	Si		No	
	1a. ¿Enfermedad o trastorno de los ojos, oídos, nariz o garganta?						3. ¿Se encuentra actualmente ud. o alguno de sus dependientes bajo observación o tratamiento de un médico, siquiátra u otro profesional?		
1b. ¿Mareos, desmayo, convulsiones, parálisis o ataque de apoplejía, enfermedad o trastorno mental o nervioso, abuso o adicción de substancia/alcohol?					4. ¿Se encuentra actualmente embarazada usted o alguna de sus dependientes, o sospechan que lo están?				
1c. ¿Úlcera, hernia, colitis, hemorragia intestinal ictericia, u otra enfermedad o trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula biliar?					5. Aparte de lo afirmado en las respuestas a las preguntas 1, 2, 3, 4, diga ¿sí en los últimos 5 años ud. o sus dependientes...:				
1d. ¿Azúcar, proteína, sangre en la orina, piedras u otra enfermedad o trastorno del riñón, la vejiga, la próstata u órganos reproductivos?						5a. Han sido atendidos por un médico/profesional para una consulta, examen, diagnóstico o tratamiento?			
1e. ¿Neuritis, artritis, esclerosis muscular o enfermedad o trastorno de los musculos o huesos incluyendo la espalda o coyuntura?					5b. Han sufrido daños o enfermedades?				
1f. ¿Deformidad, amputación, o defecto de nacimiento?					5c. Han tenido cirugía?				
1g. ¿Trastorno de los órganos femeninos, complicación de embarazo, protuberancia en los senos o aumento de tamaño de los senos?					5d. Han sido pacientes de un hospital, clínica, sanatorio, u otra facilidad médica?				
1h. ¿Falta de aliento, bronquitis, asma u otra enfermedad crónica respiratoria?					5e. Han tenido un electrocardiograma, rayos x, u otro examen diagnóstico?				
1i. ¿Dolor de pecho, palpitación, alta presión sanguínea, murmuración del corazón, ataque cardíaco, u otra enfermedad valvular/sanguínea o trastorno de los vasos sanguíneos?					5f. Han sido aconsejados tener algún examen diagnóstico, tratamiento, hospitalización, o cirugía que no han sido completados?				
1j. ¿Diabetes, quiste, tumor o cancer, tiroides o trastorno glandular, enfermedad o trastorno de la piel?					6. ¿Han sido notificados usted o sus dependientes en los últimos 5 años de un problema de colesterol elevado?				
					7. ¿Han usado tabaco en cualquier forma, usted o sus dependientes en los últimos 12 meses?				

DETALLES — Adjunte más hojas si es necesario.

Numero de Pregunta	Miembro de Familia	Enfermedad/Diagnóstico/Tratamiento	Comienzo		Duración	Problemas o Síntomas Permanentes
			Mes	Año		

MEDICACIONES — Sírvase hacer una lista de cualquier medicamento, receta, e inyección que se le ha dado en los últimos 12 meses. Adjunte más hojas si es necesario.

Miembro de Familia	Medicamento/Receta/Inyección	Dosis	Estado de Salud

Yo, el que firma, por este medio:

1. Declaro que las respuestas anteriores o según mi mejor conocimiento y creencia son verdaderas y estan completas.

2. Autorizo a cualquier médico autorizado, médico profesional, hospital, clínica u otras facilidades médicas o relacionadas, compañías de seguro, o cualquier otra organización, institucion o persona que tenga algún dato o conocimiento de mi persona o cónyuge o dependientes para que entreguen tal registro o información a Altius. La autorización estará vigente por 24 meses desde la fecha mostrada abajo. Sin embargo, puedo retirar mi consentimiento de proporcionar información en cualquier tiempo en el futuro. Una copia reproducida de esta autorización sera tan vigente como la original.

Firma del Empleado _____ Fecha _____