



Información del Plan de Grupo

Grupo y Plan Información		
Nombre del grupo:	Fecha decida para el comienzo de plan:	
Dirección:	Ciudad / Código postal / País:	
Número de teléfono:	Código SIC / Naturaleza del Negocio:	
Años en el Negocio:	Numero de Identificación de Impuestos Federales:	
Número total de empleados elegibles:	Porcentaje de participación:	
Número de empleados que residen fuera del área:	Porcentaje de remplazo:	
Lugares con código postal:	Número de personas inscritas en COBRA:	
agencia actual de salud:	¿Por cuánto tiempo?	
Período de espera:	Portadores anteriores (5 años):	
Contribución del empleador (Médico):	Empleado:	Dependiente:
Contribución del empleador (Dental):	Empleado:	Dependiente:

Tarifas Médicas y la información del Plan									
Plan 1	Sólo el empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción (Portador, fecha de vigencia, deducible, coseguro, HDHP, etc.)				
Renovación									
Corriente									
Anterior									
Plan 2	Sólo el empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción (Portador, fecha de vigencia, deducible, coseguro, HDHP, etc.)				
Renovación									
Corriente									
Anterior									
Plan 3	Sólo el empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción (Portador, fecha de vigencia, deducible, coseguro, HDHP, etc.)				
Renovación									
Corriente									
Anterior									
Iniciativas de Salud y Bienestar					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Fecha de la última Feria de la Salud:</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">Años en el Lugar:</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> </table>	Fecha de la última Feria de la Salud:		Años en el Lugar:	
Fecha de la última Feria de la Salud:		Años en el Lugar:							

Tarifas Dental y la información del Plan					
Plan 1	Sólo el empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción
Renovación					
Corriente					
Anterior					
Plan 2	Sólo el empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + Niño (s)	Familia	Descripción
Renovación					
Corriente					
Anterior					

Información Adicional
Notas del Cliente: (Por favor comparta cualquiera información que necesitaríamos saber)



Evaluación Grupal de Riesgos

Nombre del grupo:

Cuestionario

1. Los Empleados o dependientes cubiertos han consultado un profesional de la salud, recibido algún consejo, o el tratamiento de: (Marque todos los que apliquen y explique abajo)?

SIDA / VIH	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Mental / Emocional	<input type="checkbox"/>
Alcohol / abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Hodgkin/ Linfoma	<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la Sangre	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Sistema nervioso / Muscular	<input type="checkbox"/>
Cáncer (incluir tipo)	<input type="checkbox"/>	Esterilidad	<input type="checkbox"/>	Trastorno de órganos	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	Renal / Urinaria / Riñon	<input type="checkbox"/>	La artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>
Colitis, Diverticulitis, Chron's	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	Sarcoidosis	<input type="checkbox"/>
Fibrosis aústica	<input type="checkbox"/>	Hígado	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Pulmón	<input type="checkbox"/>	Trasplantes	<input type="checkbox"/>
Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>

2. ¿Hay empleados o dependientes actualmente embarazados? Si es así, indique la fecha estimada de parto, complicaciones probables como cesárea, o la anticipación de mas de un nacimiento. Sí No

3. ¿Los empleados o dependientes (paciente interno o externo) ha sido hospitalizados o tenido cirugía durante los últimos 5 años? Sí No

4. ¿Algun empleado ha estado ausente del trabajo por mas de dos semanas consecutivas por discapacidad debido a una enfermedad en los últimos 5 años? Sí No

5. ¿Los empleados o dependientes han sido recomendados someterse en ciertos tratamientos médicos, intervenciones de cirugía, pruebas diagnósticas o hospitalización en los próximos 6 meses? Sí No

6. ¿Hay empleados o dependientes que reciben beneficios de discapacidad por medio del trabajo, Seguro Social, o Medicare? Sí No

Datos Adicionales

Por cada pregunta que respondieron "si", favor de contestar estas preguntas

Pregunta #	Edad y Sexo	Lista la condición, el desorden, o enfermedad	Fechas de cuidado, Primera cita/ Ultima (en caso de embarazo)	Pronóstico / Tratamiento	Condición continua Sí / No	Estado de salud

Firma

Certifico al mejor de mi conocimiento que la información anterior es verdadera, completa y exacta y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan será emitido al respecto.

Firma del Empleador	Título	Fecha
Firma del Agente	Agencia	Fecha

Cuestionario de Salud Individual

Información del Empleado									
Nombre del grupo:						¿Tiene planeando inscribirse en el plan de seguro de salud de su empleador?		Si no, ¿tiene otra cobertura?	
Código postal del hogar		Título profesional:							
Relación	Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Sexo (M/H)	Altura (pies/pulgadas)	Peso (libras)	SÍ	NO	SÍ	NO
Empleado						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espos(a)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niño dependiente						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niño dependiente						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niño dependiente						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niño dependiente						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niño dependiente						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niño dependiente						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información sobre la Salud			
¿Usted o alguno dependiente esta afligido o diagnosticado con una enfermedad grave? (Si la respuesta fue "Si", explique en la seccion debajo) Por favor incluya: SIDA / VIH, abuso de sustancias, trastornos de la sangre, cáncer (incluir el tipo), trastornos congénitos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOS), la fibrosis quística, diabetes, sistema digestivo (incluso enfermedad de Crohn y colitis), enfermedad cardíaca, enfermedad del riñon, enfermedad hepática, condiciones pulmonares, embarazo (incluir que complicaciones anticipadas), trasplantes (incluir el tipo), esclerosis múltiple, artritis reumatoide, u otras enfermedades importantes.			
	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Usted o algun dependiente esta anticipando tratamiento médico o cirugía en el próximo año? (Si la respuesta fue "Si", explique en la seccion debajo)			
	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Usted o algún dependiente esta actualmente tomando un medicamento prescrito? (Si la respuesta fue "Si", explique en la seccion debajo)			
	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Usted o algun dependiente utiliza o a utilizado algún producto de tabaco en los últimos 5 años? (Si la respuesta fue "Si", explique en la seccion debajo)			
	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Información de Salud (Por favor, use la parte de atrás del formulario si es necesario)				
Nombre individual	Fecha (Primero / Último):	Diagnóstico	Pronóstico	Costo

Información de medicamentos con receta (Por favor, use la parte de atrás del formulario si es necesario)				
Nombre individual	Fecha (Primero / Último):	Nombre y dosis del medicamento	Motivo de la medicación	Costo

Firma	
Certifico que la informacion mencionada anteriormente es verdadera y correcta y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan sera emitido al respecto.	
Firma del Empleado	Fecha