



Para los grupos menos de 50 empleados

## Cuestionario de Salud Individual

Información del Empleado			
Nombre del grupo:		Sí NO	Sí NO
Nombre del Empleado:	Edad:	Inscripción: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si no, otra cobertura?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre del Esposo(a)	Edad:	Inscripción: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si no, otra cobertura?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Numero de hijos dependientes	Edades:	Inscripción: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si no, otra cobertura?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Altura del empleado: _____ Pie _____ Pulgada		Spouse's Height: _____ Pie _____ Pulgada	
Peso del Empleado: _____ Ahora _____ Hace un año		Spouse's Weight: _____ Ahora _____ Hace un año	

Información sobre la Salud	
¿Está usted o sus dependientes afligido o diagnosticado con una enfermedad grave o una enfermedad? (En caso afirmativo, explique a continuación)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Está usted o sus dependientes anticipando cualquier tratamiento médico o quirúrgico en el próximo año? (En caso afirmativo, explique a continuación)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usted o sus dependientes actual toma cualquier medicamento de prescripción? (En caso afirmativo, explique a continuación)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Usted o sus dependientes utilizan cualquier tipo de producto de tabaco en los últimos 5 años? (En caso afirmativo, explique a continuación)	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**Información de Salud (Por favor, use la parte de atrás del formulario si es necesario)**  
 Por favor incluya: trastornos de la sangre, del cáncer (indicar el tipo), trastornos congénitos, la fibrosis quística, la diabetes, el embarazo (complicaciones anticipadas), enfermedad benéfica, Enfermedad cardíaca, Trasplantes (incluir el tipo), esclerosis múltiple u otras enfermedades.

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 información mencionada anteriormente es verdadera y correcta y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan sera emitido al respecto.

Firma del Empleado	Fecha
--------------------	-------