EMI HEALTH

Cuestionario de Salud Individual

Información del Empleado

Nombre del grupo:

Código postal del hogar | Título profesional:

Relación	Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Sexo (M/H)	Altura (pies/pulgadas)	Peso (libras)	¿Tiene' planeando inscribirse en el plan de seguro de salud de su empleador? SÍ	NO	Si no, ¿tiene otra cobertura? SÍ	NO
Empleado						☐	☐	☐	☐
Esposo(a)						☐	☐	☐	☐
niño dependiente						☐	☐	☐	☐
niño dependiente						☐	☐	☐	☐
niño dependiente						☐	☐	☐	☐
niño dependiente						☐	☐	☐	☐
niño dependiente						☐	☐	☐	☐
niño dependiente						☐	☐	☐	☐

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 renal, enfermedad hepática, condiciones pulmonares, embarazo (incluir que complicaciones anticipadas), trasplantes (incluir el tipo), esclerosis múltiple, artritis reumatoide, u otras enfermedades importantes.	SÍ ☐	NO ☐
¿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 ☐	NO ☐
¿Usted o algún dependiente esta actualmente tomando un medicamento prescrito? (Si la respusta fue "Si", explique en la seccion debajo)	SÍ ☐	NO ☐
¿Usted o algun dependiente utiliza o a utilizado algún producto de tabaco en los últimos 5 años? (Si la respusta fue "Si", explique en la seccion debajo)	SÍ ☐	NO ☐

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 reconozo que cualquier cobertura emitidia por el Plan sera emitido al respecto.

Firma del Empleado | Fecha