

Formulario de Inscripción/Cuestionario de Salud Personal

Favor de responder a todas las preguntas o de lo contrario no se aceptara este formulario

Seleccione una de las siguientes opciones: Inscripción Cambios Actualización Inscripción COBRA Renuncia de cobertura

| | | | |
|--|--|--|-----------------------|
| Nombre y Apellido del Empleado: | | Nombre del Empleador: | |
| Telefono de la Casa: | | Telefono del Trabajo: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Correo electronico: | | Estado Civil: | |
| Fecha de Empleo: | Es empleado a tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Promedio de horas trabajadas por semana: | Salario/Sueldo: |
| Ocupacion: | Su pareja trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | División: | |

¿Planea usted matricularse en el plan de seguro médico de su empleador? Sí No

***Si usted seleccionara "No", por favor seleccione uno de los siguientes, entonces salte el resto del formulario y firme el fondo de p. 2.

Cubierto por el Plan del Esposo/a No Desea Cobertura No es Elegible Otra Razón

• Si usted seleccionara "sí", por favor complete el resto de este formulario.

• Conteste a las preguntas siguientes para usted y miembros de familia de matriculación elegibles.. • Incluya hojas adicionales para explicaciones detalladas o dependientes adicionales.

| I. Demográfico, Estructura de cuerpo, y Uso de Tabaco | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-------------------|-------------------------|--------------|----------------------------------|----------|----------|---------------|-----------------------|--------------------------------------|
| | Relación con el Empleado | Nombre de Miembro | Número de seguro social | Género (H/M) | Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Estatura | | Peso (libras) | Código Postal de Casa | Uso de Tabaco el Año Pasado? (Si/No) |
| | | | | | | pies | pulgadas | | | |
| 1 | Empleado | | | | | | | | | |
| 2 | Esposo(a) | | | | | | | | | |
| 3 | Hijo(a) | | | | | | | | | |
| 4 | Hijo(a) | | | | | | | | | |
| 5 | Hijo(a) | | | | | | | | | |
| 6 | Hijo(a) | | | | | | | | | |

| II. Información de Cobertura | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| Plan Medico Plan: _____ <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Individual e hijo <input type="checkbox"/> Individual y Adulto <input type="checkbox"/> Individual e hijos <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> NINGUNO | Plan Dental Plan: _____ <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Individual e hijo <input type="checkbox"/> Individual y Adulto <input type="checkbox"/> Individual e hijos <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> NINGUNO | Plan de Vision Plan: _____ <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Individual e hijo <input type="checkbox"/> Individual y Adulto <input type="checkbox"/> Individual e hijos <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> NINGUNO | Seguro de Vida <input type="checkbox"/> Seguro de vida y AD&D <input type="checkbox"/> Beneficio de Vida - Supplemental: _____ <input type="checkbox"/> Seguro de vida para dependientes <input type="checkbox"/> NINGUNO | Discapacidad a Corto Plazo <input type="checkbox"/> Discapacidad a corto plazo <input type="checkbox"/> Beneficios Voluntarios de Discapacidad a Corto Plazo <input type="checkbox"/> NINGUNO | Discapacidad a Largo Plazo <input type="checkbox"/> Discapacidad a largo plazo <input type="checkbox"/> Beneficios Voluntarios de Discapacidad a Largo Plazo <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA: | | | | | |
| Nombre del beneficiario | | | Parentesco | % | |
| | | | | | |
| | | | | | |

III. Enfermedades y Tratamientos Médicos

Hay cualquier persona enumerado anteriormente quien ha visitado a un médico, ha recibido atención médica, (Incluso medicina de prescripción), o ha sido hospitalizado para cualquiera de los siguientes?

*** Marque sí o no para cada pregunta. Por favor, completa Tabla de Detalle Adicional en p. 2 para TODAS las respuestas "Sí".

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>1. Cáncer (si es sí, alista ubicación y el tipo del cáncer más abajo Ubicación y tipo de cáncer _____ Marque uno: ___ Etapa 1, ___ Etapa 2, ___ Etapa 3, ___ Más alta Fecha de remisión (si aplicable):</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <p>6. Artritis (i.e. reumatoide, osteo, psoriásica, gota)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>2. Cardíaco o Enfermedad Cardíaca/Trastorno Si contesta sí, marque todo que se pertenece: ___ Ataque del corazón, ___ Cirugía de derivación o angioplastia de solo vaso sanguíneo, o ___ Cirugía de derivación o angioplastia de múltiples vasos sanguíneos; ___ Cualquier otra condición cardíaca. (escribe aquí): _____ (arritmia, aneurisma, insuficiencia cardíaca, trastorno de válvula de corazón)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <p>7. Enfermedad Autoinmune (i.e. lupus, EM, anemia)</p> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <p>3. Diabetes (si contesta sí, escribe tipo 1 o 2) Tipo: _____ Si es sí, escribe 3 más recientes de HbA1c/niveles de glucemia en ayunas más recientes 1) _____ 2) _____ 3) _____</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <p>8. Trastorno de la Espalda (i.e. enfermedad degenerativa del disco, disco herniado, fusión espinal, espondilitis, distensión muscular)</p> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| <p>4. Colesterol Alto Si contesta sí, proporcione 3 niveles más recientes: 1) _____ 2) _____ 3) _____</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <p>9. Crecimiento Benigno (i.e. tumor, quiste)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <p>5. Alta Presión Arterial Si contesta sí, proporcione 3 niveles más recientes 1) _____ 2) _____ 3) _____</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <p>10. Intestino (i.e. SII, enfermedad de Crohn - ileítis)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>11. Enfermedades del Sistema Circulatorio (i.e. derrame cerebral, enfermedades arterial/vascular)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>12. Inmunodeficiencia (i.e. SIDA, HIV+, hemofilia)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>13. Enfermedad de los Riñones (i.e. nefritis, insuficiencia renal/sarcoidosis)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>14. Enfermedad del Hígado (i.e. cirrosis hepática, hepatitis)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>15. Enfermedad Mental (i.e. depresión leve o grave, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>16. Apoyo Psicológico ¿Apoyo actual o anterior?</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>17. Trastorno Muscular</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>18. Respiratorio (i.e. asma, alergia, neumonía, EPOC, enfisema, bronquitis)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>19. El Estomago (i.e. úlcera, reflujo ácido, ERGE)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>20. Dependencia de Sustancias (i.e. alcohol, drogas)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>21. Transplantes (Si es sí, alista órgano(s): _____)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | <p>22. Neurologico (CP, Parkinson's, Alzheimer's, Epilepsy, Paralysis)</p> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

23. ¿Hay alguien que actualmente está tomando medicamentos recetados? Sí No
24. ¿Hay alguien que ha tenido alguno de los siguientes para una **enfermedad grave** en los últimos 5 años?
- a) tratamiento Sí No
 - b) hospitalización Sí No
 - c) la cirugía Sí No
25. Ha sido **actualmente**:
- a) ¿hospitalizado o confinado en un centro de tratamiento? Sí No
 - b) ¿confinado en su casa, incapacitados o incapaz de autosuficiencia? Sí No
26. ¿Va a obtener **en un futuro cercano**?
- a) tratamiento (tratamiento médico o las pruebas diagnósticas) Sí No
 - b) hospitalización Sí No
 - c) cirugía Sí No
27. ¿En los últimos 5 años, hay alguien en esta aplicación que ha tenido síntomas de alguna condición médica **grave** que todavía no ha indicado en este formulario? Sí No

IV. El Embarazo y el Parto

28. ¿Está **embarazada**? (Si no, marque 'No' y salte pregunta 27) Sí No
- a) La fecha de parto es: _____
 - b) ¿Es esto un Embarazo de Alto Riesgo, alguna complicación o la sangría? Sí No
 - c) ¿C-sección anterior o nacimiento de pretérmino? Sí No
 - d) ¿Se espere nacimientos múltiples? Si es así, marque uno: gemelos trillizos más

Detalle Adicional par alas preguntas que conteste que Si.

TABLA de DETALLE ADICIONAL - Favor de llenar los detalles más abajo para todos las respuestas "Sí"

| Pregunta # | Nombre de Individuo | Enfermedad / Diagnóstico | Fecha de la Aparición | Fecha del Último Tratamiento | Tratamiento / Medicamento | ¿Todavía Toma? (S / N) | Punto de la Recuperación |
|------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Mi firma declara que las respuestas e información presentadas en esta solicitud son completas y verdaderas para todos los Solicitantes a mi mejor saber y entender, y esta información será utilizada como base para la suscripción. AVISO: Una persona que a sabiendas y con la intención de falsificar en esta solicitud o declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede estar sujeto a reclamaciones denegadas.

Entiendo que las siguientes partes pueden necesitar proporcionar o recopilar información sobre mí o mis Solicitantes dependientes: Grupo Benefit Services, Inc. (GBS) y sus reaseguradores, cualquier organización de apoyo de seguros, asociados de negocios relacionados, cualquier agencia de informes de consumidores, médicos, hospitales, Clínicas y todas las personas autorizadas para representar a estas organizaciones con este fin. Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, hospital o centro médico relacionado, farmacia, o servicio relacionado con farmacia, agencia de informes de consumo, compañía de seguros o reaseguradora, que tenga información sobre mí o cualquiera de mis Solicitantes Dependientes para proporcionar toda la información requerida por GBS o su Asociados de Negocios o Agentes.

Entiendo que esta Autorización puede ser necesaria con el propósito de recolectar información para hacer elegibilidad, suscripción y clasificación grupal e incluye toda información relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico o condiciones médicas incluyendo problemas físicos, mentales, psiquiátricos, de drogas, alcohol, Y la historia de la prescripción. A menos que haya sido revocada anteriormente, esta Autorización será válida por treinta (30) meses después de la fecha de su firma, y una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante

notificación por escrito a GBS.

Por la presente autorizo a los médicos, médicos, hospitales, clínicas, instalaciones de administración de veteranos, servicios de información médica, centros de atención de urgencia, farmacia, administrador de beneficios de farmacia, plan de salud y otras entidades médicas o médicamente relacionadas, compañías de seguros o reaseguros, Agencias que tienen información disponible sobre la condición de salud física actual o anterior, incluyendo drogas o alcohol o abuso doméstico, y / o tratamiento de mí o de mis dependientes para liberar cualquier información, incluyendo pero no limitado a expedientes médicos, Notas del proveedor de atención médica, pruebas y resultados de laboratorio, diagnósticos, tratamiento y pronósticos. Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización puede usarse para determinar la elegibilidad para la emisión de cobertura de salud y elegibilidad para beneficios bajo la cobertura de salud existente para mí y mis dependientes. Esta autorización no es aplicable a notas de psicoterapia. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como el original y que esta autorización será válida por 2 años y medio a partir de la fecha que se muestra a continuación. Además entiendo que la información que autorizo a una persona o entidad para obtener y usar puede ser re-divulgada y ya no protegida por las regulaciones federales de privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, a menos que se hayan tomado medidas en dependencia de mi autorización. Dado que esta autorización se otorga como condición para obtener cobertura, mi revocación no impedirá al Asegurador y / o Patrocinador del Plan el derecho a impugnar una reclamación si otra ley así lo permite. Si me niego a firmar esta autorización, entiendo que puede afectar mi inscripción en el plan de beneficios. Todas las páginas deben estar adjuntas y completas, incluyendo esta autorización para que la solicitud sea considerada completa. Las solicitudes incompletas pueden ser rechazadas.

Este formulario de inscripción no se debe completar más de 60 días antes de la fecha de entrada en vigencia del Patrocinador del Plan.

FECHA: _____

Nombre en letra de molde _____

Firma: _____