

Formulario Universal y Uniforme de Evaluación Médica (tamaño de la entidad colectiva de dos personas o más)

Nombre de la entidad colectiva del empleador: _____

Esta información se utiliza para evaluar los riesgos médicos de una entidad colectiva y se divulga sólo a las compañías de seguro que se enumeran a continuación a fin de que se utilice conforme a las reglas de la empresa de cada plan de seguro médico:

BCBSNM¹ Lovelace Health Plan² Presbyterian³ Principal⁴ United Healthcare⁵

¹ Blue Cross and Blue Shield of New Mexico es una división de Health Care Service Corporation, una compañía de reserva mutua y empresa independiente autorizada por el Blue Cross and Blue Shield Association.

² Planes de seguro médico que ofrece o asegura el Lovelace Health System, Inc. o su subsidiario, Lovelace Insurance Company.

³ Presbyterian Health Plan y Presbyterian Insurance Company, Inc. ⁴ Principal Life Insurance Company ⁵ United Healthcare Insurance Company

	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Masculino/Femenino	Estatura	Peso
Emplead						
Cónyuge						
Hijo(a)						
Hijo(a)						

Número de teléfono de su casa: _____ - _____

Número de teléfono de su trabajo: _____ - _____

Número de su teléfono celular: _____ - _____

Código postal: _____

Direcciones: Sírvase marcar "Sí" o "No" para contestar cada pregunta. Si marca algún cuadrado con "Sí", ponga un círculo alrededor de la afección médica (por ejemplo, "derrame cerebral") y explique los detalles a continuación en la sección intitulada "Detalles de sus Antecedentes Médicos". **Si usted necesita más espacio para escribir, puede adjuntar una hoja de papel adicional.** Sírvase indicar si usted o alguno de sus dependientes que cubrirá el plan han sido asesorados, diagnosticados, tratados u hospitalizados por un médico en los últimos cinco años por algunas de las afecciones médicas que se enumeran a continuación:

Sí No

1. Problemas cardíacos (si los ha padecido en los últimos diez años), derrame cerebral, problemas circulatorios, enfermedad vascular, presión arterial alta, triglicéridos o colesterol altos		
2. Cáncer (si lo ha padecido en los últimos diez años), tumores, quistes, leucemia, lupus o cualquier otro tipo de enfermedad sistémica o en cualquier otra parte del cuerpo (si corresponde a usted o sus dependientes): _____		
3. Esclerosis múltiple, parálisis cerebral, parálisis del cuerpo, trastornos de los huesos, las coyunturas, la espalda o los músculos, gota, artritis, artritis reumatoide: ¿cuáles son las coyunturas afectadas?: _____		
4. Alergias, asma, enfisema, trastornos de la respiración o pulmonares, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [COPD, las siglas en inglés]		
5. Trastornos oculares, cataratas y problemas del oído, la nariz, los senos nasales, amígdalas y adenoides		
6. Diabetes (especifique el tipo de diabetes ____, e indique el resultado del análisis HBA1C ____), bomba de insulina, problemas del páncreas, de la tiroides, trastornos de crecimiento o trastornos endocrinos		
7. SIDA, VIH, enfermedades de transmisión sexual, trastornos del sistema de inmunidad o trastornos sanguíneos		
8. Hepatitis (especifique el tipo de hepatitis ____), cirrosis, trastornos del hígado, trastornos del sistema digestivo, trastornos del colon, hernia, vesícula biliar, Enfermedad de Crohn, Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico [GERD, las siglas en inglés], o colitis		
9. Problemas renales, enfermedad renal en su fase final, problemas de la vejiga o de la próstata, trastornos de los órganos de reproducción, histerectomía o si está buscando tratamiento para la infertilidad		
10. Migrañas, problemas del sistema cerebral o del sistema nervioso, trauma al cerebro o la cabeza, trastornos de convulsiones, trastornos mentales o emocionales, depresión, tentativa(s) de suicidio, abuso o dependencia de las bebidas embriagantes, drogas u otras sustancias adictivas. Si es epiléptico(a), indique la fecha de su último ataque de convulsiones: ____/____/____		
11. Transplante de órganos, de tejidos o de la médula ósea (durante el transcurso de su vida)		
12. ¿Está embarazada usted actualmente, o lo está su cónyuge o alguno de sus dependientes cuya cobertura de seguro se solicita por el presente? Due date: ____/____/____ ¿Espera que nazca más de un bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ha tenido embarazos anteriores que fueron prematuros, complicados o que involucraban altos riesgos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
13. Fracturas: ¿cuáles son los huesos afectados?: _____ ¿Tipo de cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique la(s) fecha(s) del tratamiento: _____		
14. ¿Está tomando actualmente alguna medicina(o medicinas) con receta alguna de las personas que cubrirá el plan, a excepción de anticonceptivos a fin de prevenir los embarazos? Si respondió afirmativamente, proporcione mayores detalles en la sección "Detalles sobre las Medicinas" que aparece a continuación.		
15. ¿Ha sido hospitalizado, se ha hecho alguna cirugía o ha recibido tratamiento en un centro clínico en los últimos doce meses?		
16. ¿Hay alguna afección médica que usted no haya mencionado anteriormente pero que usted considera como problema médico?		
17. ¿Se le ha recomendado algún procedimiento o tratamiento médico que todavía no se ha hecho?		
18. ¿Ha fumado cigarrillos o usado algún otro producto de tabaco en los últimos 24 meses? Indique quiénes de ustedes lo han hecho: _____		

DETALLES DE SUS ANTECEDENTES MÉDICOS (Describalos de la manera más específica posible)

Pregunta #	Nombre del(de la) empleado(a) o de su dependiente	Afección clínica o diagnóstico	Divulgue la información sobre tratamientos que se recibieron en el pasado, los que se están recibiendo actualmente y los que se anticipan en el futuro	Fecha de la manifestación inicial	Fecha(s) de tratamiento	Fecha de recuperación

DETALLES SOBRE LAS MEDICINAS

Nombre del(de la) empleado(a) o de su dependiente	Nombre de la medicina	Afección clínica para la cual se recetó	¿La está tomando actualmente?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Al firmar en la línea que aparece a continuación certifico que las respuestas que he proporcionado son correctas, completas y verdaderas según mi entender. Por la presente autorizo la divulgación de la información protegida sobre mi salud a las compañías de seguro médico que se enumeran en este formulario o el uso de dicha información por esas compañías para fines de evaluar los riesgos médicos de la entidad colectiva de la cual formo parte. Al llenar este formulario, comprendo que certifico y represento mi autoridad presente y continuada de actuar en mi nombre y en nombre de mi(s) dependiente(s) cuyo(s) nombre(s) aparecen más arriba. La cobertura del seguro está sujeta a las exclusiones por afecciones preexistentes, a los plazos de espera, a los plazos de cobertura de seguro digna de crédito y a los plazos de afiliaciones, conforme a lo que permiten las leyes de Nuevo Mexico. No se prohíbe el uso de índices diferenciales de primas de pagos, precios o cobros por sexo o por edad con tal que se basen en datos estadísticos y de expertos en pagos de seguros que sean objetivos, válidos y que estén al día. Comprendo que cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación fraudulenta para que se haga un pago por una pérdida o un beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro comete un delito y puede estar sujeto a multas civiles o a sanciones penales.

Firma del(de la) empleado(a): _____ Fecha: _____