



Corporate Plan Management
 1220 SW Executive Drive
 Topeka, KS 66615
 785-273-8398

Cuestionario de salud

Sección 1 Información del empleador

Nombre del empleador: _____ Fecha de contratación: _____
 Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal: _____
 Número telefónico de la oficina: _____

Sección 2 Información del empleado

Nombre del empleado: _____

 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Puesto de trabajo: _____
 Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Sección 3 Cobertura de otros seguros

¿Tiene Usted o alguno de sus dependientes una discapacidad? Sí No
 Si su respuesta es Sí, indique quienes _____
 ¿Tiene Usted o su cónyuge otro seguro de salud? Sí No
 Si su respuesta es Sí, nombre la compañía de seguros _____
 Nombre del titular de la póliza _____
 Enumere todos los dependientes asegurados:

Sección 4 Subscriptor / Dependientes (IMPORTANTE: Incluya el nombre del empleado y todos sus dependientes)

Nombre - Inicial del segundo nombre - Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo	Consume tabaco Sí / No

Sección 5 **Inscripción en el plan de salud**

- Me niego a participar
- Elijo participar
- El empleado solamente
- El empleado y su(s) hijo(s)
- El empleado y su cónyuge
- Familia completa

Opción de plan preferido

- Deducible \$1,000 (Plan A)
- Deducible \$2,500 (Plan B)
- Deducible \$5,500 (Plan C)
- Deducible \$4,000 (HSA) (Plan D)
- Deducible \$7,900 (DPC) (Plan E)

Opción de plan de prescripción preferida

- Copago estándar (\$0/\$75/\$150/\$250) (Plan 1)
- \$0 copago Genérico/50% coseguro (Plan 2)
- copago estándar con especialidad excluida (Plan 3)

Sección 6 **Información sobre el estado de salud**

Empleado: Altura ___ pies ___ pulgadas; peso ____ Cónyuge: Altura ___ pies ___ pulgadas; peso ____

1. ¿Se ha diagnosticado o tratado a algún miembro asegurado de su familia por alguna de las siguientes condiciones en los últimos cinco (5) años? **(Incluya solamente aquellos que podrán o podrían ser asegurados en este plan de salud)**

- | | | | |
|----------------------------|---|--|---|
| A. Trastorno cardíaco | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | H. SIDA/Trastorno del sistema inmunológico | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| B. Cáncer (cualquier tipo) | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | I. Abuso de alcohol y drogas | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| C. Diabetes | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | J. Trastorno Mental / Nervioso | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| D. Trastorno renal | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | K. Trastorno neuromuscular | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| E. Trastorno respiratorio | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | L. Estómago/Gastrointestinal | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

- F. Trastorno hepático Sí No M. Convulsiones, ataque epiléptico Sí No
- G. Presión arterial alta Sí No N. Arthritis, trastornos de la espalda, los huesos, o las articulaciones Sí No

2. ¿Se ha rechazado, pospuesto, calificado o modificado alguna solicitud de seguro para algún miembro asegurado de su familia? Sí No
3. ¿Algún miembro asegurado de su familia ha sufrido de alguna condición médica que requiera atención médica en los últimos 24 meses, como por ejemplo suministro de medicamentos con receta médica u hospitalización por un monto de \$ 5,000 o más? Sí No
4. ¿Hay algún miembro asegurado de su familia que anticipe la necesidad de hospitalización o cirugía, o a quién se le haya recomendado una cirugía u hospitalización que aún no se ha realizado? En caso afirmativo, proporcione la información a continuación. Sí No
5. ¿Alguno de los familiares asegurados está embarazada o sospecha que esté embarazada? Sí No

Si la respuesta es Sí, por favor proporcione la fecha de parto y los detalles en el cuadro a continuación.

Número de pregunta	Nombre del familiar	Enfermedad / Diagnóstico / Tratamiento	Fecha de inicio Mes / Año	Fecha de última consulta médica	Síntomas o problemas restantes

6. Recetas / Medicamentos – Por favor, nombre cualquier medicamento, prescripción, o inyección que haya tomado en los últimos 12 meses.

Nombre del familiar	Medicamento / Prescripción / Inyección	Dosis	Condición Médica

1.

AUTORIZACIÓN: Mi firma a continuación autoriza a cualquier doctor, médico, hospital, clínica u otra institución médica o entidad similar, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga algún registro o conocimiento relacionado con la salud de mí o de mis dependientes (Página 1, Secciones 2 y / o 4) a proporcionar dicha información a Corporate Plan Management (Administrador del Plan de Salud). Se considerará admisible una copia fotográfica de

esta autorización. Esta autorización permanecerá vigente por seis (6) meses a partir de la fecha a continuación:

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

De acuerdo con las Leyes de Privacidad de la HIPAA y la Información de Salud Protegida (PHI es el nombre en inglés), CPM puede divulgar Información Médica Resumida con el fin de obtener ofertas premium para el Plan propuesto solamente. Toda la PHI enviada y difundida electrónicamente se lleva a cabo con tecnología de cifrado compatible con HIPAA.