

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 5701 Balloon Fiesta Parkway NE Albuquerque, NM 87113 Attention: Sales – HQ 4th Floor	Lovelace² 4101 Indian School Road NE Albuquerque, NM 87110 Attention: Underwriting Department Correo-e: lhs.underwriting@lovelace.com Fax-e: 505.727.9522	Presbyterian³ Comuníquese con su agente o inter mediario de seguro, o comuníquese con nuestro nuevo equipo de ventas al 505.923.5807, o envíenos un mensaje por correo-e al: presalesrfp@phs.org.	United Healthcare⁴ 8220 San Pedro NE Albuquerque, NM 87113
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

1 Blue Cross and Blue Shield of New México 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 United Healthcare Insurance Company

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

Número del teléfono de su casa: _____ - _____ Número del teléfono de su trabajo: _____ - _____
 Número de su teléfono celular: _____ - _____ Código postal de su casa: _____

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 utilizar la parte inferior de la segunda página de este formulario. Sírvase indicar si usted o alguno de sus dependientes cuyos nombres se indican más arriba han, en ALGÚN MOMENTO, tenido alguna indicación o síntoma, o se les ha informado que padece de una afección médica o se la diagnosticado o tratado por la misma y para la cual se haya consultado o se consultará a un profesional médico por algunas de las afecciones médicas que se enumeran a continuación:

1. Problemas cardíacos, derrame cerebral, problemas circulatorios, enfermedad vascular, presión arterial alta, triglicéridos o colesterol altos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Cáncer, 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)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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?:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Alergias, asma, enfisema, trastornos de la respiración o pulmonares, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [COPD, las siglas en inglés]	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Trastornos oculares, cataratas y problemas del oído, la nariz, la garganta, los senos nasales, amígdalas y adenoides	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. SIDA, VIH, enfermedades de transmisión sexual, trastornos del sistema de inmunidad o trastornos sanguíneos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
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: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. Transplante de órganos, de tejidos o de la médula ósea (durante el transcurso de su vida)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Está embarazada usted actualmente, o lo está su cónyuge o alguno de sus dependientes cuya cobertura de seguro se solicita por el presente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en que se espera dar a luz: ____/____/____ ¿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	<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: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

Nombre de la entidad colectiva del empleador: _____

Nombre del empleado: _____

14. ¿Está tomando actualmente alguna medicina(o medicinas) con receta alguna de las personas que cubrirá el plan? Si respondió afirmativamente, proporcione mayores detalles en la sección "Detalles sobre las Medicinas" que aparece a continuación.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Han sido hospitalizado, ya sea usted mismo o alguno de sus dependientes cuya cobertura de seguro se solicita por el presente, se han hecho alguna cirugía o han recibido tratamiento en un centro clínico en los últimos doce meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Hay alguna afección médica que usted no haya mencionado anteriormente pero que usted considera como problema médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Se le ha recomendado algún procedimiento o tratamiento médico que todavía no se ha hecho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18. ¿Han fumado cigarros o usado algún otro producto de tabaco en los últimos 24 meses, ya sea usted mismo o alguno de sus dependientes cuya cobertura de seguro se solicita por el presente? Si respondió afirmativamente, indique quiénes de ustedes lo han hecho: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

Pre-gunta #	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
			<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. Comprendo que si cambia mi propio estado de salud o la de uno(s) de mi(s) dependiente(s) después que haya llenado este formulario o antes de que mi entre en vigor la cobertura de mi seguro, es mi responsabilidad avisar inmediatamente a mi compañía de seguro cuyo nombre se indica en la parte superior de este formulario. Al llenar este formulario, comprendo que certifico y represento mi autoridad presente y continuada de actuar en mi nombre y en nombre de todo(s) (los) dependiente(s) cuyo(s) nombre(s) aparece(n) más arriba. La cobertura del seguro está sujeta a las exclusiones por afecciones médicas 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 México y las leyes federales. 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 toda 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.

Por el presente autorizo a todo proveedor de servicios médicos, centro clínico, farmacia o administrador de beneficios farmacéuticos, que tengan información sobre mis antecedentes médicos o de medicinas con receta, que divulguen dicha información sobre mi salud a (todas las compañías de seguro cuyos nombres aparecen en este formulario) para fines de evaluar mi solicitud de seguro. No se divulgará de nuevo la información sobre mi salud que se obtenga sin mi autorización a menos que así lo permita la ley, lo cual indica que tal vez no esté protegida bajo las reglas federales de protección de la privacidad. Esta autorización sólo es válida por dos años, a partir de esta fecha, y se puede revocar al mandar un aviso escrito a todas las compañías de seguro que se enumeran en este formulario.

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

Comentarios e información adicional: _____