



Health Net®

Cuestionario de salud

Para ser completado por el empleado

Marque uno

Afiliado inicial Afiliado/s de inscripción tardía Afiliado actual

Brinde información completa para garantizar una administración de reclamos oportuna. La información proporcionada no ocasionará la denegación de la inscripción en el plan médico. (Si usted y sus dependientes elegibles han decidido renunciar a la cobertura de la salud, no tienen la obligación de completar este cuestionario.)

Parte I. Información sobre el plan de salud

Nombre del empleado:	Sexo:	Estatura:	Peso:
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Nombre del empleador:	

Parte II. Cuestionario de salud

Responda Sí o No a cada una de las siguientes preguntas para usted y cada uno de sus dependientes. **Para cada respuesta “Sí”, explique y proporcione todos los detalles. Declaración de Cumplimiento de la Ley de No Discriminación por Información Genética (por sus siglas en inglés, GINA) de 2008: Esto no es una solicitud de información genética. Al responder este Cuestionario de Salud, usted no debe incluir información genética. Es decir, no incluya ningún antecedente médico familiar ni información relacionada con pruebas genéticas, servicios genéticos, orientación genética o enfermedades genéticas por los que usted considera que puede encontrarse en riesgo.**

¿Usted o alguno de sus dependientes recibieron un diagnóstico, fueron tratados o un profesional médico les recomendó un tratamiento dentro de los últimos cinco (5) años por alguna de las siguientes condiciones?

1)	Enfermedad cardíaca o de las arterias, incluyendo ataque cardíaco, derrame cerebral, aneurisma, arterioesclerosis, dolor en el pecho, fiebre reumática o soplo cardíaco.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2)	Hipertensión.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3)	Cáncer, tumor u otra neoplasia maligna.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4)	Enfermedades de los riñones, del hígado, de la vesícula biliar, del páncreas o de los órganos masculinos/femeninos, o enfermedad de transmisión sexual excepto el VIH.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5)	Artritis, dolor de espalda, fiebre reumática o problemas musculoesqueléticos/de las articulaciones.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6)	i. Trastornos de inmunodeficiencia, infecciones o problemas de infección crónica no relacionados con el SIDA ni con el Complejo Relacionado con el SIDA.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	ii. ¿Usted o algún familiar que solicita la cobertura recibió un diagnóstico o fue tratado por SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) o CRS (Complejo Relacionado con el SIDA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7)	Abuso de alcohol o sustancias, trastornos mentales/nerviosos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8)	Úlcera, colitis, dificultad para tragar, problemas estomacales, hernia o problemas rectales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9)	Diabetes, fibrosis quística, albúmina o azúcar en la orina, u otros problemas endocrinos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10)	Asma, enfisema, tuberculosis, pleuritis u otras enfermedades de los pulmones.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11)	Parálisis, epilepsia, esclerosis múltiple (MS) u otro trastorno neuromusculoesquelético.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12)	Sangrado o trastornos de la sangre excepto el VIH.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

(continúa)

Parte II. Cuestionario de salud (continuación)

Otras condiciones/información:

13)	¿Usted o alguna de sus dependientes está embarazada? Si la respuesta es "Sí", ¿es su primer embarazo? ¿Complicaciones en éste o cualquier embarazo anterior?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14)	¿Alguna otra condición médica en los últimos cinco (5) años que no se haya divulgado? De ser así, describa en detalle a continuación. _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15)	¿Usted o sus dependientes fumaron en los últimos dos (2) años? Si la respuesta es "Sí", proporcione la fecha en que dejaron de fumar: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16)	¿Usted o alguno de sus dependientes está tomando algún medicamento (excepto antibióticos o anticonceptivos) que requiere una receta por parte de un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17)	¿Usted o sus dependientes aumentaron o bajaron más de 20 libras el año pasado? <input type="checkbox"/> Aumentaron _____ <input type="checkbox"/> Bajaron _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18)	¿Usted trabaja de forma activa al menos 20 horas por semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19)	¿Usted o sus dependientes fueron admitidos en un hospital o se sometieron a una cirugía en los últimos cinco (5) años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20)	¿A usted o a sus dependientes se les dijo que podía ser necesario que sean admitidos en el hospital o que se sometan a una cirugía en el futuro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Parte III. Explicaciones detalladas

Artículo N.º	Nombre de la persona tratada	Peso/estatura	Diagnóstico de la condición	Tipo de tratamiento	Medicamentos/dosis	Proveedor del tratamiento	<input type="checkbox"/> Continúa en tratamiento – fechas del tratamiento
		Estatura:				Nombre del médico:	Fecha en que comenzó el tratamiento:
		Peso:				Nombre del hospital/centro:	Fecha en que finalizó (si corresponde):
		Estatura:				Nombre del médico:	Fecha en que comenzó el tratamiento:
		Peso:				Nombre del hospital/centro:	Fecha en que finalizó (si corresponde):
		Estatura:				Nombre del médico:	Fecha en que comenzó el tratamiento:
		Peso:				Nombre del hospital/centro:	Fecha en que finalizó (si corresponde):

Parte IV. Firma

Al firmar a continuación, certifico que, a mi leal saber y entender, mis respuestas y declaraciones son verdaderas y están completas. Entiendo que esta Declaración de Salud es parte de mi solicitud de cobertura de la salud. La información proporcionada no ocasionará la denegación de la inscripción en el plan médico.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____