

Preguntas de Información de Salud.

Nombre del empleador _____

Empleado	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento (día /mes/ año)	Edad	Estatura	Peso
Esposa(o)	<input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Esposo				
Niños Dependientes	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				
	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				
	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				
	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija				

1. Ha sido algún miembro de su familia diagnosticado o tratado debido a alguno de los siguientes síntomas:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| a. ¿Problemas circulatorios o del Corazón? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | j. ¿Desorden del hígado? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| b. ¿Alta presión? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | k. ¿Problemas glandulares? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| c. ¿Problemas emocionales o mentales? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | L. ¿Diabetes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| d. ¿Alcoholismo o desorden nervioso? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | M. ¿Problemas de aprendizaje? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| e. ¿Problemas estomacales o intestinales? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | n. ¿Epilepsia o Ataques? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| f. ¿Esclerosis múltiple o desorden nervioso? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | o. ¿Problemas pulmonares o respiratorios? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| g. ¿Parálisis o Infarto? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | p. ¿Articularios, musculos o de los huesos? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| h. ¿Cáncer o Tumores? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | q. ¿Accidente severo o herida? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| i. ¿Problemas del Riñón? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | r. ¿Problemas sanguíneos? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

2. ¿ Esta Usted o algún miembro de su familia tomando medicamentos o tratamientos recomendados por un médico? Si No

3. ¿Esta Usted o algún miembro de su familia en estado de embarazo? Si No

4. Usted o algún miembro de su familia ha recibido :

- | | |
|---|---|
| a. ¿Un electrocardiograma, rayos x o alguna prueba especial? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| b. ¿Ha recibido tratamiento, exámen o consulta medica en los últimos 5 años por alguna razón no mencionada anteriormente? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| c. ¿Ha sido sometido a alguna operación o le ha sido recomendada algún tipo de cirugía en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| d. ¿Debido ha alguna condición física ha usted recibido tarifas mas altas al solicitar seguros de vida, gastos medicos o de accidente y enfermedad? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| e. ¿Ha sido internado en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Si contesta alguna de estas preguntas afirmativamente, especifique en el recuadro de la sección 5 :El numero de la pregunta, nombre de la persona, detalles del accidente o enfermedad, costo de los gastos, la ultima fecha de servicio por dicha condición, nombre del Doctor y ciudad donde fue tratado.

5. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia algún otro seguro de salud en este momento?

Nombre de la persona: _____ Compañía: _____ Cantidad / tipo de cobertura _____

Nombre de la persona: _____ Compañía: _____ Cantidad / tipo de cobertura _____

Nombre de la persona: _____ Compañía: _____ Cantidad / tipo de cobertura _____

Numero de pregunta	Nombre del Solicitante	Detalles / Diagnostico de Enfermedad o accidente	Costo total en los últimos 5 años	Fecha del ultimo tratamiento	Nombre completo de Doctores, hospitales # de teléfono y ciudad

Por la presente autorizo e instruyo a cualquier médico licenciado, profesional de la medicina, hospital, clínica u otra institución médica, compañía de seguros, la Oficina de Información Médica u otra organización, institución o persona que tenga registros o conocimientos de mi salud o la de mis dependientes para que suministren dicha información al Valenz Health o a cualquier agente o administrador que actúe en su favor. **Con mi firma a continuación, reconozco que cualquier acuerdo anterior, que yo hubiese hecho para restringir o limitar la divulgación de la información sobre mi salud no será aplicable para esta autorización.**

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización, si así lo solicito. Una copia, imagen o fax de esta autorización será tan válida como el original. Esta autorización es válida por doce meses a partir de la fecha de la firma de la misma. Entiendo que la información sobre mi salud podrá ser divulgada según lo requiera o permita la ley. La información sobre mi salud, utilizada o divulgada de acuerdo a esta autorización, podrá estar sujeta a nueva divulgación por parte del receptor y no continuarán estando protegida por la ley federal. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, enviando una solicitud escrita a Valenz Health, al 300 North Meridian Street, Suite 1710 Indianápolis, IN 46204. Atención: Stop-Loss. Reconozco que con dicha revocatoria, la información sobre mi salud podrá continuar siendo utilizada para los procedimientos de tratamiento, pago y cuidados de salud; y dicha revocatoria no será efectiva al grado en que Valenz Health se haya basado para el uso o divulgación de la información de mi salud.

Por medio de la presente declaro que he leído (o me han leído) todas las declaraciones, preguntas y respuestas que aparecen en esta planilla de Preguntas sobre la información de la Salud y las entiendo; y mis respuestas han sido verdaderas y acertadas, completas y registradas correctamente en todos los aspectos. Mi estado de salud e historia de salud y la de los miembros de mi familia son como aparecen arriba mencionadas.

CUALQUIER PERSONA QUIEN CONCIENTEMENTE Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADOR O PERSONA, INTRODUZCA UNA SOLICITUD O UN RECLAMO CONTENTIVO DE INFORMACIÓN FALSA O UNA DECLARACIÓN DEFECTUOSA, SERÁ CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS.

Renuncia a la cobertura de salud

Me niego la inscripción en este momento:

- Tengo otra cobertura médica
- No deseo para inscribirse en cualquier tipo de cobertura médica en este momento

Firma del Solicitante : _____

Firmado en la Ciudad de: _____ Estado: _____ Fecha _____