

# Questionario Médico del Empleado y la Familia

## Employee and Family Medical Questionnaire

### Sección 1/ Section 1:

### Información de la Empresa/del Empleado Employer/Employee Information/

Nombre de la Empresa/Employer Name: \_\_\_\_\_

Nombres de los Miembros de Familia que Solicitan Cobertura/ Names of Family Members Applying for Coverage	Parentesco/ Relationship	Fecha de Nacimiento/ Date of Birth	Sexo Masculino/Femenino/ Gender Male/Female	Estatura (pies, pulgadas)/ Height (feet, inches)	Peso (libras)/ Weight (pounds)
	Empleado/ Employee				
	Cónyuge/ Spouse				
	Dependiente/ Dependent				
	Dependiente/ Dependent				
	Dependiente/ Dependent				

### Sección 2/ Section 2:

### Antecedentes de Salud Familiares/ Family Health History

En los últimos cinco (5) años, ¿algún médico u otro profesional de atención de la salud (“profesional médico”) con licencia le ha dado un diagnóstico o lo ha tratado a usted o a alguien de su familia que solicita cobertura, o alguno de ustedes recibe tratamiento actualmente? Use una “X” para marcar “SÍ” o “NO” en las casillas que encabezan cada categoría de condiciones a continuación y marque con un “X” cualquiera de las siguientes condiciones que se apliquen. **Para todas las respuestas “SÍ” y condiciones que usted marque con una “X”, proporcione los detalles en la tabla de la siguiente página./**

Within the past five (5) years has a physician or other licensed healthcare practitioner (“practitioner”) diagnosed or treated you or anyone in your family applying for coverage, or is anyone currently getting treatment? Use an “X” to mark “YES” or “NO” in the boxes heading each category of conditions below **and** mark with an “X” any of the following conditions that apply.

**For all “YES” answers and conditions that you mark with an “X”, provide details in the table on the next page.**

<p><b>A. Corazón/Sistema Circulatorio</b> <input type="checkbox"/> SÍ/YES <input type="checkbox"/> NO/NO <b>Heart/Circulatory</b></p> <p><input type="checkbox"/> A1. Anemia/Anemia  <input type="checkbox"/> A2. Angina/Angina  <input type="checkbox"/> A3. Angioplastia/Stent/Angioplasty/Stent  <input type="checkbox"/> A4. Aneurisma/Aneurysm  <input type="checkbox"/> A5. Coágulos de Sangre/Blood Clots/            Blood Disorder  <input type="checkbox"/> A7. Bypass/Bypass  <input type="checkbox"/> A8. Arritmia Cardíaca/Cardiac Arrhythmia  <input type="checkbox"/> A9. Dolor de Pecho/Chest Pain  <input type="checkbox"/> A10. Insuficiencia Cardíaca Congestiva/            Congestive Heart Failure  <input type="checkbox"/> A11. Enfermedad Cardíaca Coronaria/            Coronary Heart Disease  <input type="checkbox"/> A12. Soplo Cardíaco/Heart Murmur  <input type="checkbox"/> A13. Hemofilia/Hemophilia  <input type="checkbox"/> A14. Presión Arterial Alta/Presión Arterial            Baja/High/Low Blood Pressure  <input type="checkbox"/> A15. Colesterol Alto/High Cholesterol  <input type="checkbox"/> A16. Marcapasos/Pacemaker  <input type="checkbox"/> A17. Palpitaciones/Palpitations  <input type="checkbox"/> A18. Anemia Drepanocítica/Sickle Cell            Anemia  <input type="checkbox"/> A19. Ataque Isquémico Transitorio (AIT)/            Stroke/TIA/Derrame Cerebral  <input type="checkbox"/> A20. Venas Varicosas/Varicose Veins  <input type="checkbox"/> A21. Taquicardia Ventricular/            Ventricular Tachycardia  <input type="checkbox"/> A22. Otro/Other ( _____ )</p>	<p><b>B. Ojos/Oídos/Nariz/Garganta</b> <input type="checkbox"/> SÍ/YES <input type="checkbox"/> NO/NO <b>Eyes/Ears/Nose/Throat</b></p> <p><input type="checkbox"/> B1. Neuroma Acústico/Acoustic Neuroma  <input type="checkbox"/> B2. Cataratas/Cataracts  <input type="checkbox"/> B3. Sinusitis Crónica/Chronic Sinusitis  <input type="checkbox"/> B4. Labio Leporino/Paladar Hendido/            Cleft Lip/Palate  <input type="checkbox"/> B5. Retina Desprendida/Detached Retina  <input type="checkbox"/> B6. Tabique Desviado/Deviated Septum  <input type="checkbox"/> B7. Infecciones a los Oídos/            Ear Infections  <input type="checkbox"/> B8. Glaucoma/Glaucoma  <input type="checkbox"/> B9. Retinopatía/Retinopathy  <input type="checkbox"/> B10. Otro/Other ( _____ )</p> <p><b>C. Sistema Inmunitario</b> <input type="checkbox"/> SÍ/YES <input type="checkbox"/> NO/NO <b>Immune</b></p> <p><input type="checkbox"/> C1. Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)/            ALS  <input type="checkbox"/> C2. SIDA/AIDS  <input type="checkbox"/> C3. VIH+/HIV+  <input type="checkbox"/> C4. Inmunodeficiencia/            Immuno Deficiency  <input type="checkbox"/> C5. Lupus/Lupus  <input type="checkbox"/> C6. Psoriasis/Psoriasis  <input type="checkbox"/> C7. Esclerodermia/Scleroderma  <input type="checkbox"/> C8. Otro/Other ( _____ )</p> <p><b>D. Cáncer/Tumores</b> <input type="checkbox"/> SÍ/YES <input type="checkbox"/> NO/NO <b>Cancer/Tumors</b></p> <p><input type="checkbox"/> D1. Cerebro/Brain  <input type="checkbox"/> D2. Seno/Breast  <input type="checkbox"/> D3. Colon/Colon</p>	<p><input type="checkbox"/> D4. Quiste/Cyst  <input type="checkbox"/> D5. Enfermedad de Hodgkin/            Hodgkin's Disease  <input type="checkbox"/> D6. Leucemia/Leukemia  <input type="checkbox"/> D7. Hígado/Liver  <input type="checkbox"/> D8. Pulmón/Lung  <input type="checkbox"/> D9. Linfoma/Lymphoma  <input type="checkbox"/> D10. Melanoma/Melanoma  <input type="checkbox"/> D11. Ovario/Ovarian  <input type="checkbox"/> D12. Glándula Pituitaria/Pituitary  <input type="checkbox"/> D13. Próstata/Prostate  <input type="checkbox"/> D14. Estómago/Stomach  <input type="checkbox"/> D15. Testicular/Testicular  <input type="checkbox"/> D16. Tiroides/Thyroid  <input type="checkbox"/> D17. Otro/Other ( _____ )  <input type="checkbox"/> D18. Etapa del Cáncer, si se conoce/            Stage of Cancer if known</p> <p><b>E. Problemas Neurológicos</b> <input type="checkbox"/> SÍ/YES <input type="checkbox"/> NO/NO <b>Neurological</b></p> <p><input type="checkbox"/> E1. Enfermedad de Alzheimer/            Alzheimer's Disease  <input type="checkbox"/> E2. Parálisis Cerebral/Cerebral Palsy  <input type="checkbox"/> E3. Epilepsia/Epilepsy  <input type="checkbox"/> E4. Lesión en la Cabeza/Head Injury  <input type="checkbox"/> E5. Migrañas/Migraines  <input type="checkbox"/> E6. Esclerosis Múltiple/Multiple Sclerosis  <input type="checkbox"/> E7. Neuritis/Neuritis  <input type="checkbox"/> E8. Parálisis/Hemiplejía/Paralysis/            Hemiplegia  <input type="checkbox"/> E9. Enfermedad de Parkinson/            Parkinson's Disease</p>
--	---	--

<input type="checkbox"/> E10. Convulsiones/Seizures/Convulsions <input type="checkbox"/> E11. Otro/Other (_____)	<input type="checkbox"/> I2. Alcoholismo/Alcoholism <input type="checkbox"/> I3. Ansiedad/Anxiety <input type="checkbox"/> I4. Autismo/Autism <input type="checkbox"/> I5. Trastorno Bipolar/Bipolar <input type="checkbox"/> I6. Depresión/Depression <input type="checkbox"/> I7. Abuso de Drogas/Drug Abuse <input type="checkbox"/> I8. Trastornos Alimenticios/ Eating Disorder <input type="checkbox"/> I9. Esquizofrenia/Schizophrenia <input type="checkbox"/> I10. Intento de Suicidio/Suicide Attempt <input type="checkbox"/> I11. Otro/Other (_____)	<input type="checkbox"/> L5. Enfisema/Emphysema <input type="checkbox"/> L6. Trastorno Pulmonar/Lung Disorder <input type="checkbox"/> L7. Pneumonia/Pulmonía <input type="checkbox"/> L8. Sarcoidosis/Sarcoidosis <input type="checkbox"/> L9. Apnea del Sueño/Sleep Apnea <input type="checkbox"/> L10. Tuberculosis/Tuberculosis <input type="checkbox"/> L11. Fiebre del Valle/Valley Fever <input type="checkbox"/> L12. Otro/Other (_____)
<b>F. Trasplantes/Transplants</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>	<b>J. Diabetes/Sistema Endocrino</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <b>Diabetes/Endocrine</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>	<b>M. Intestinos/Intestinal</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>
<input type="checkbox"/> F1. Pendiente/Pending <input type="checkbox"/> F2. En Lista de Espera/On Waiting List <input type="checkbox"/> F3. Trasplante Realizado/ Completed Transplant <input type="checkbox"/> F4. Médula Ósea/Bone Marrow <input type="checkbox"/> F5. Células Madre/Stem Cell <input type="checkbox"/> F6. Órgano/Organ (Tipo/Type:_____)	<input type="checkbox"/> J1. Diabetes controlada por/ Diabetes controlled by: a. Dieta/Diet b. Medicamentos Orales/ Oral Medication c. Insulina/Insulin d. Otro/Other (_____)	<input type="checkbox"/> M1. Reflujo Ácido/Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés)/Acid Reflux/GERD <input type="checkbox"/> M2. Colitis/Síndrome del Colon Irritable (IBS, por sus siglas en inglés)/ Colitis/IBS <input type="checkbox"/> M3. Trastorno de Colon/Colon Disorder <input type="checkbox"/> M4. Enfermedad de Crohn/ Crohn's Disease <input type="checkbox"/> M5. Diverticulitis/Divertículos/ Diverticulitis/Diverticulum <input type="checkbox"/> M6. Vesícula Biliar/Gallbladder <input type="checkbox"/> M7. Bypass Gástrico/Gastric Bypass <input type="checkbox"/> M8. Hernia del Hiato/Reflujo/ Hiatal Hernia/Reflux <input type="checkbox"/> M9. Pancreatitis/Pancreatitis <input type="checkbox"/> M10. Úlcera/Ulcer <input type="checkbox"/> M11. Colitis Ulcerosa/Ulcerative Colitis <input type="checkbox"/> M12. Otro/Other (_____)
<b>G. Artritis/Arthritis</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>	<input type="checkbox"/> J2. Glándulas Suprarrenales/ Adrenal Glands <input type="checkbox"/> J3. Hormonas del Crecimiento/ Growth Hormones <input type="checkbox"/> J4. Hipertiroidismo/Hipotiroidismo/ Hyperthyroidism/Hypothyroidism <input type="checkbox"/> J5. Otro/Other (_____)	<b>N. Hígado/Riñón/Sistema Urinario</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <b>Liver/Kidney/Urinary</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>
<input type="checkbox"/> G1. Artritis/Arthritis <input type="checkbox"/> G2. Artritis/Osteoarthritis <input type="checkbox"/> G3. Artritis Reumatoide/ Rheumatoid Arthritis <input type="checkbox"/> G4. Otro/Other (_____)	<b>K. Sistema Reproductivo/ Reproductive</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>	<input type="checkbox"/> N1. Trastornos de la Vejiga/ Bladder Disorder <input type="checkbox"/> N2. Cirrosis/Cirrhosis <input type="checkbox"/> N3. Enfermedad de Gaucher/ Gaucher's Disease <input type="checkbox"/> N4. Hepatitis/Hepatitis (Tipo/Type:_____)
<b>H. Huesos/Músculos/Articulaciones</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <b>Bones/Muscles/Joints</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>	<input type="checkbox"/> K1. Trastornos en los Senos/ Breast Disorder <input type="checkbox"/> K2. Endometriosis/Endometriosis <input type="checkbox"/> K3. Fibromas/Fibroids <input type="checkbox"/> K4. Trastornos Menstruales/ Menstrual Disorder <input type="checkbox"/> K5. Quistes de Ovarios/Ovarian Cysts <input type="checkbox"/> K6. Otro/Other (_____)	<input type="checkbox"/> N5. Ictericia/Jaundice <input type="checkbox"/> N6. Trastornos Renales/Kidney Disorder <input type="checkbox"/> N7. Cálculos Renales/Kidney Stones <input type="checkbox"/> N8. Trastorno Hepático/Liver Disorder <input type="checkbox"/> N9. Poliquistosis Renal/ Polycystic Kidney <input type="checkbox"/> N10. Próstata/Prostate <input type="checkbox"/> N11. Insuficiencia Renal/Renal Failure <input type="checkbox"/> N12. Otro/Other (_____)
<input type="checkbox"/> H1. Abultamiento/Hernia de Disco/ Bulging/Herniated Disk <input type="checkbox"/> H2. Síndrome del Túnel Carpiano/ Carpal Tunnel Syndrome <input type="checkbox"/> H3. Fibromialgia/Síndrome de Fatiga Crónica (CFS, por sus siglas en inglés)/Fibromyalgia/CFS <input type="checkbox"/> H4. Fracturas (Abiertas o Cerradas)/ Fractures (Open or Closed) <input type="checkbox"/> H5. Gota/Gout <input type="checkbox"/> H6. Reemplazo de Articulación/ Joint Replacement/ (Tipo/Type:_____)	<b>L. Pulmones/Sistema Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <b>Lung/Respiratory</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>	
<input type="checkbox"/> H7. Rodilla/Knee <input type="checkbox"/> H8. Distrofia Muscular/ Muscular Dystrophy <input type="checkbox"/> H9. Cuello/Espalda/Neck/Back <input type="checkbox"/> H10. Hombros/Shoulder <input type="checkbox"/> H11. Espina Bífida/Spina Bífida <input type="checkbox"/> H12. Torceduras/Distensiones/ Sprain/Strain <input type="checkbox"/> H13. Otro/Other (_____)	<input type="checkbox"/> L1. Alergias/Allergies <input type="checkbox"/> L2. Asma/Asthma <input type="checkbox"/> L3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)/COPD (¿Recibe Oxígeno?/On Oxygen? _____)	
<b>I. Problemas Psicológicos</b> <input type="checkbox"/> <b>SÍ/YES</b> <b>Psychological</b> <input type="checkbox"/> <b>NO/NO</b>	<input type="checkbox"/> L4. Fibrosis Quística/Cystic Fibrosis	
<input type="checkbox"/> I1. Trastorno de Déficit de Atención con Hiperquinesia (ADD/ADHD, por sus siglas en inglés)/ADD/ADHD		

Por favor responda a las siguientes preguntas para usted y para cualquier persona de su familia que esté solicitando cobertura/

Please answer the following questions for yourself and for anyone in your family applying for coverage:

1.  **SÍ/YES**  **NO/NO** ¿Hay alguna persona actualmente embarazada o cuyo cónyuge esté esperando un hijo?/Is anyone currently pregnant or an expectant parent?

**Fecha de parto/Due date:** \_\_\_\_\_

Sí/Yes  No/No a. ¿Confirmó el embarazo un médico o profesional médico?/

Has the pregnancy been confirmed by a physician or practitioner?

Sí/Yes  No/No b. ¿Ha tenido complicaciones en el embarazo?/Pregnancy complications?

Sí/Yes  No/No c. ¿Espera nacimientos múltiples?/Multiple births expected?

2.  **SÍ/YES**  **NO/NO** ¿Hay alguien que actualmente esté, o que haya estado en los últimos cinco años, en un hospital, una clínica, un centro quirúrgico, un centro de atención de urgencia u otro establecimiento médico como paciente hospitalizado o ambulatorio?/Is anyone currently, or in the past five years has anyone been, a patient in a hospital, clinic, surgi-center, urgent care facility, or other medical facility as an inpatient or outpatient?

3.  **SÍ/YES**  **NO/NO** ¿En la actualidad alguna persona consume productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, cigarros, pipas o tabaco masticable?/Does anyone currently use tobacco products, including cigarettes, pipes, cigars or chewing tobacco?

4.  **SÍ/YES**    **NO/NO**   ¿Hay alguna persona que actualmente tenga, o que en los últimos 12 meses haya tenido, algo de lo siguiente?/Does anyone currently have, or in the past 12 months has anyone had, any of the following?
- resultados anormales de exámenes médicos o físicos/abnormal test or physical results
  - resultados de exámenes pendientes/pending test results
  - condición, enfermedad o lesión que pueda requerir tratamiento o cirugía/health condition, illness or injury that may require treatment or surgery
  - recomendación de exámenes, tratamiento o cirugía/tests, treatment or surgery advised
  - aumento o pérdida de peso o fatiga sin explicación/unexplained weight gain/loss or fatigue
  - lesión o enfermedad cubiertas por la Compensación del Seguro Obrero/Worker's Compensation injury or illness
  - condición no mencionada antes en la Sección 2/condition not mentioned above in Section 2

Por favor, use este cuadro para explicar cualquier respuesta "Sí" o ítem que haya marcado en la Sección 2. Puede adjuntar hojas adicionales./Please use this table to explain any "YES" answers or items that you marked in Section 2. You may attach additional sheets.

Número de Pregunta/ Question Number	Nombre/Name	Diagnóstico/Tratamiento/ Diagnosis/Treatment	Fecha del Diagnóstico/ Diagnosis Date	Estado del Tratamiento/ Treatment Status

**Sección 3/  
Section 3: Medicamentos en la Familia/  
Family Medications**

- SÍ/YES**    **NO/NO**   ¿Usted o cualquier persona de su familia que solicita cobertura toman actualmente algún medicamento (incluyendo "Medicamentos sin receta" [OTC, por sus siglas en inglés]) recetado o recomendado por un médico o profesional médico?/Are you or anyone in your family applying for coverage currently taking any medications (including "over the counter" or "OTC" medicine) prescribed or recommended by a physician or practitioner?

Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, por favor use esta tabla para explicarla. Puede adjuntar hojas adicionales./If you answer "YES" to the question above, please use this table to explain. You may attach additional sheets.

Nombre/Name	Medicamentos/ Medicine	Dosis y Frecuencia de Uso/ Dosage & Frequency of Use	Fecha en que se lo Recetaron/ Date Prescribed	Último Medicamento que Tomó o que Toma Actualmente/ Date Last Taken or Ongoing	Condiciones para las que Toma el Medicamento/ Condition(s) Being Taken For

**POR FAVOR TENGA PRESENTE QUE:** Si omite información o hace declaraciones falsas, puede cambiar la prima para su cobertura de grupo, con efecto retroactivo desde la fecha en que la póliza entró en vigencia. Usted o su representante autorizado tiene derecho a recibir una copia de este formulario./**PLEASE NOTE:** If you leave out or misrepresent any information, the premium for your group coverage may change retroactive to the date the policy became effective. You or your authorized agent is entitled to receive a copy of this form.

Firma del Empleado/Employee Signature: \_\_\_\_\_ Fecha de la Firma/Date Signed: \_\_\_\_\_