



**Blue Shield of California**

Un Miembro Independiente de la Asociación Blue Shield

Cartera de Planes  
Blue Shield para  
2–14 Empleados  
(incluye Declaración Médica)

## SOLICITUD DEL EMPLEADO

- 1** Proporcione la información del empleado solicitada.
- 2** Marque la(s) casilla(s) para indicar la cobertura que eligió e indique el nombre del plan donde corresponda.  
(Ejemplo:  PLAN ACCESS+ HMO Plan 15  
 Shield Spectrum PPO Plan 500
- 3** Marque la casilla "Inscribir en Médico" para cada dependiente listado en esta sección. En el espacio provisto ponga todos los dependientes elegibles que desea inscribir (incluyendo el cónyuge o pareja con quien vive), la fecha de nacimiento, número de Seguro Social y relación con el empleado. La inscripción de compañeros domésticos está disponible sólo si su empleador ha elegido ofrecer esta opción. **Si elige los planes Access+HMO o POS de Blue Shield, usted debe seleccionar un Médico de Atención Primaria.** Haga el favor de escribir el número del Proveedor y el número de la IPA. Note las directrices importantes para la inscripción dental descritas a continuación.

## IMPORTANTES DIRECTRICES PARA LA INSCRIPCIÓN DENTAL

Usted debe marcar la casilla "Inscribir en Dental" para cada dependiente listado en la Sección 3 de la Solicitud del Empleado.

### Plan Dental PPO

- Para seleccionar el Plan Dental PPO, no se requiere que el empleado esté inscrito en un plan médico de Blue Shield/Blue Shield Life.
- Si usted está inscrito en un plan médico de Blue Shield/Blue Shield Life y elige el plan Dental PPO, los beneficios dentales le corresponderán a usted y a sus dependientes inscritos en el plan médico.
- Cualquier dependiente elegible que no esté cubierto por el plan médico Blue Shield/Blue Shield Life del empleado, no estará cubierto por el plan Dental PPO del empleado.

### Plan Dental HMO

- Para seleccionar el Plan Dental HMO, no se requiere que el empleado esté inscrito en un plan médico de Blue Shield/Blue Shield Life.
- Para inscribirse en un plan Dental HMO, usted debe residir o trabajar cerca de un Centro Dental participante para asegurar un acceso razonable a la asistencia, como lo determina el Plan.
- Para información sobre las áreas de servicio, consulte el Directorio de Centros Dentales del Dental HMO.
- Si selecciona un plan Dental HMO, usted debe indicar el número de identificación del Centro Dental que eligió. Consulte el Directorio de Centros Dentales del Dental HMO para obtener el número de identificación.

- 4** Provea información sobre cualquier otra cobertura médica que usted o sus dependientes tengan, incluyendo Medicare. Esto es necesario para coordinar los beneficios.
- 5** Si el dependiente es mayor de 18 años, usted debe proveer información referente a su condición de estudiante de tiempo completo. Para ser elegibles, los hijos dependientes entre 19-24 años de edad deben estar inscritos en una universidad o escuela profesional como estudiantes de tiempo completo, (12 unidades como mínimo). Blue Shield/Blue Shield Life\* considerará la información provista como una certificación de la condición de estudiante de tiempo completo.
- 6** En la sección "Life Insurance Beneficiary", escriba el nombre del beneficiario del seguro de vida de grupo, su relación con el empleado y su dirección actual.
- 7** El empleado debe firmar y fechar la autorización para la deducción del sueldo y la revelación de toda la información personal. Blue Shield/Blue Shield Life no puede procesar la solicitud sin la autorización firmada.

## FORMULARIO PARA REHUSAR COBERTURA

Este formulario (ubicado al dorso de esta solicitud), es para todos los empleados que rehusan la cobertura para ellos o sus dependientes.

Escriba el nombre del empleado, número de Seguro Social, nombre y número del empleador (grupo), fecha de empleo de tiempo completo y estado civil. Marque la casilla apropiada si usted, su cónyuge o sus dependientes rehusan la cobertura médica y/o dental. Marque la casilla que explica su razón para rehusar la cobertura para usted, su cónyuge o sus dependientes. Indique el nombre del otro seguro con el que usted y sus dependientes tienen cobertura médica y/o dental. Firme y feche si ha rehusado la cobertura para usted o sus dependientes.

## EXCLUSIÓN POR CONDICIONES PREEXISTENTES

La Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) por sus siglas en inglés (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996), es una ley federal que limita cuándo puede excluirse una cobertura para enfermedades preexistentes. Bajo la ley, si la cobertura médica de una persona termina y él o ella se inscribe en una cobertura médica nueva dentro de 63 días (excluyendo cualquier período de espera), la nueva cobertura debe reconocer el tiempo que la persona estuvo inscrita en la cobertura anterior contra la exclusión por enfermedades preexistentes de la cobertura nueva. Además, la ley estatal requiere que se reconozca el tiempo que una persona estuvo inscrita en una cobertura previa, si la persona se inscribe en una cobertura nueva dentro de 180 días (excluyendo cualquier período de espera), siempre que la "cobertura acreditable anterior" fuese una cobertura patrocinada por un empleador.

El Plan Shield Spectrum PPO, el Plan Shield Spectrum PPO Savings Plan y Blue Shield Life Active Choice Plans excluyen las Condiciones preexistentes. Las condiciones preexistentes sólo están cubiertas después de que usted ha estado cubierto continuamente por seis (6) meses consecutivos, incluyendo el tiempo de espera de su empleador actual, si lo hay. La exclusión por condiciones preexistentes no se aplica a:

- los beneficios para el embarazo;
- los niños recién nacidos o adoptados que tenían una cobertura acreditable previa durante los primeros treinta (30) días de su nacimiento, adopción o puesta en adopción y quienes fueron inscritos en uno de los Planes de Blue Shield/Blue Shield Life dentro de sesenta y tres (63) días de esa cobertura acreditable previa (excluyendo cualquier período de espera);
- los empleados y sus dependientes que estaban válidamente cubiertos bajo la cobertura médica de grupo previa del empleador actual cuando esa cobertura terminó, y quienes se inscriben en la fecha original efectiva del Plan de Blue Shield/Blue Shield Life dentro de 60 días desde la fecha en que terminó esa cobertura previa.

Para obtener crédito por cualquier cobertura previa acreditable, obtenga un "Certificado de Cobertura Acreditable" de su empleador, asegurador o plan médico anterior y preséntelo a Blue Shield/Blue Shield Life. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con su Representante de Atención al Cliente de Blue Shield/Blue Shield Life.

Blue Shield of California/Blue Shield Life protege la confidencialidad y la privacidad de su información personal y médica. La información personal y médica incluye la información médica y la información personal identificable, tales como su nombre, dirección, número de teléfono y número del Seguro Social. Nosotros no revelaremos esta información, excepto como lo permite la ley.

### Access Baja HMO

- Para inscribirse en Access Baja HMO, usted debe residir o trabajar dentro del área de servicio de Access Baja para asegurar un acceso razonable a la asistencia.
- Para elegir el Médico de Atención Primaria e información sobre el área de servicio, consulte el Directorio de Proveedores y Farmacia de Access Baja HMO.
- Usted debe entender las normas de asistencia según y cómo se explican en el Formulario de Revelación.

\*Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life) es una licenciataria independiente de la Asociación Blue Shield.

**NUEVA INSCRIPCIÓN**     **RE-INSCRIPCIÓN**

NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBRADAS

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE. USE TINTA NEGRA)**

<b>S E L E C T E</b>	1 NO. DE SEGURO SOCIAL		NOMBRE DEL EMPLEADOR (GRUPO)		CÓDIGO DEL DEPT.		NO. DE GRUPO		B/U		
	APELLIDO			NOMBRE		INICIAL		OED		RSN	
	DIRECCIÓN POSTAL			CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		S TOC NP PKG	
	DIRECCIÓN DEL DOMICILIO			CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL		CANTIDAD (\$) VIDA/AD&D	
	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )		TELÉFONO EN CASA ( )		CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE EMPLEO-TIEMPO COMPLETO		TÍTULO DEL PUESTO		
¿CÓMO PREFERE QUE NOS COMUNIQUEMOS CON USTED? SELECCIONE LA OPCIÓN DE SU PREFERENCIA PARA COMUNICACIÓN:  <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo corriente    Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo  Blue Shield/Blue Shield Life usará el método que usted prefiere siempre que sea posible						¿Es usted un empleado de tiempo completo, que trabaja actualmente para este empleador?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No, por favor explique Si sí, ¿cuántas horas trabaja por semana?					
FECHA DE NACIMIENTO MES    DÍA    AÑO			SEXO M    F		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DOMÉSTICO		IDIOMA QUE PREFERE: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> OTRO		Marque Si si está enviando hojas adicionales con esta solicitud. <input type="checkbox"/> Si		
SÓLO HMO Y POS			# DEL PROVEEDOR # de la IPA/GM		¿PACIENTE ACTUAL? SÍ / NO		SÓLO HMO DENTAL NO. DEL CENTRO DENTAL:		NOMBRE DEL CENTRO DENTAL		

**SI USTED, SU ESPOSO (A) O SUS DEPENDIENTES ESTAN REHUSANDO LA COBERTURA, POR FAVOR LLENE Y FIRME AL REVERSO.**

2 **MARQUE EL PLAN (ES):** (Vea Importantes Directrices en la Página 2)

ACCESS + HMO     SHIELD SPECTRUM PPO     SHIELD SPECTRUM PPO PLAN 3000\*     ACCESS BAJA HMO     ACTIVE CHOICE\*\*  
 ADDED ADVANTAGE POS     SHIELD SPECTRUM PPO SAVINGS     DENTAL PPO     DENTAL HMO     VIDA\*(VEA NOTA DE PIE DE PÁGINA\*\* ABAJO)     VISION

3 **INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE:**  
 LAS PERSONAS QUE DESEAN INSCRIBIRSE EN ACCESS+HMO Y POS DEBEN ELEGIR UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DIRECTORIO DE MÉDICOS Y HOSPITALES DE ACCESS+HMO DE BLUE SHIELD. LOS QUE DESEAN INSCRIBIRSE EN DENTAL HMO DEBEN ELEGIR UN CENTRO DENTAL DEL DIRECTORIO DE CENTROS DENTALES DE DENTAL HMO. USTED PUEDE ELEGIR DISTINTOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA CADA MIEMBRO DE SU FAMILIA. ASEGÚRESE DE INCLUIR EL NÚMERO DEL PROVEEDOR Y EL NÚMERO DE LA IPA DE CADA MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, ASÍ COMO EL NÚMERO DE CADA CENTRO DENTAL. PARA ACCESS+BAJA FAVOR DE VER LA PÁGINA 2. INSCRIPCIÓN DE COMPAÑEROS DOMÉSTICOS SÓLO ESTÁ DISPONIBLE SI SU EMPLEADOR HA ELEGIDO OFRECER ESTA OPCIÓN.

DIRECCIÓN DEL DEPENDIENTE SI ES DISTINTA DE LA DEL EMPLEADO

¿TIENE USTED DEPENDIENTES ELEGIBLES? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    ¿Se están inscribiendo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		INSCRIBIR EN	SÓLO HMO Y POS – NOMBRE DEL MÉDICO	¿PACIENTE ACTUAL?	SÓLO DENTAL HMO – CENTRO DENTAL
<input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> COMPAÑERO DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F APELLIDO NOMBRE # DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> DENTAL	NOMBRE DEL DR. # DE PROV. # DE IPA/MG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO: # DEL CENTRO DENTAL
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA APELLIDO NOMBRE # DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> DENTAL	NOMBRE DEL DR. # DE PROV. # DE IPA/MG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO: # DEL CENTRO DENTAL
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA APELLIDO NOMBRE # DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> DENTAL	NOMBRE DEL DR. # DE PROV. # DE IPA/MG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO: # DEL CENTRO DENTAL
<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA APELLIDO NOMBRE # DE SEGURO SOCIAL FECHA DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> DENTAL	NOMBRE DEL DR. # DE PROV. # DE IPA/MG	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL CENTRO: # DEL CENTRO DENTAL

\*Asegurado por Blue Shield Life Insurance Company  
 \*\*Debido a la ley estatal, Blue Shield no ofrece cobertura de seguro de vida para empleadores que tienen menos de 10 empleados.



**(2-14 Empleados)**  
**SOLICITUD DEL EMPLEADO**  
**(Continuación)**



**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO, Continuación**

**4 COORDINACION DE BENEFICIOS:**  
¿TIENE USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES OTRO PLAN DE SALUD O SEGURO DE SALUD (INCLUSO MEDICARE) ADEMÁS DE ESTA COBERTURA DE BLUE SHIELD OF CALIFORNIA/BLUE SHIELD LIFE?  SÍ  NO  
¿SE MANTENDRÁ VIGENTE ESTA COBERTURA DESPUÉS DE QUE EMPIECE LA COBERTURA DE BLUE SHIELD OF CALIFORNIA/BLUE SHIELD LIFE?  SÍ  NO

**5 CERTIFICADO DE ESTUDIANTES MAYORES DE 18 AÑOS: CERTIFICO QUE LOS DEPENDIENTES ESTÁN ACTUALMENTE INSCRITOS COMO ESTUDIANTES DE TIEMPO COMPLETO EN LAS SIGUIENTES ESCUELAS:**

NOMBRE: _____ # DE HORAS: _____	NOMBRE: _____ # DE HORAS: _____
ESCUELA: _____ ESTADO: _____ # DE UNIDADES: _____	ESCUELA: _____ ESTADO: _____ # DE UNIDADES: _____

**6 BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA**

NOMBRE	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE
CALLE	CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL

**7 AUTORIZACION: LA SIGUIENTE SECCIÓN DE AUTORIZACIÓN DEBE SER FIRMADA POR TODOS LOS EMPLEADOS QUE SOLICITAN COBERTURA.**

Certifico que: Toda la información en esta solicitud es correcta y veraz, a mi leal saber y entender. Entiendo que es la base en que la cobertura del plan se adjudicará. Entiendo que si he tergiversado u omitido factores relevantes mi cobertura puede ser cancelada, o el contrato de mi empleador rescindido. También autorizo a mi empleador a que deduzca de mis ganancias la contribución (si existe) que se requiere para el costo del plan. Entiendo que la cobertura no entra en efecto hasta que esta solicitud y la de mi empleador hayan sido aprobadas por Blue Shield/Blue Shield Life.

Autorización de Revelación de Información Personal: Autorizo a cualquier "proveedor de cuidado", asegurador, plan de salud, o a mi agente de Blue Shield, a que le revelen a Blue Shield of California o a Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (individual o colectivamente denominado como "Blue Shield"), o a sus representantes o viceversa, toda la "información médica" (según se definen esos términos en el Código Civil de California) relacionados conmigo y con los miembros de mi familia que están solicitando cobertura, incluso información médica relacionada con el alcoholismo y la drogadicción o con enfermedades mentales / emocionales. Esta información se puede utilizar con el propósito de evaluar esta solicitud, para determinar la elegibilidad y reclamaciones para beneficios, seguridad de la calidad, revisión de pares, o funciones administrativas relacionadas razonablemente con la ejecución y administración de este Acuerdo / Póliza. Además, autorizo a Blue Shield a que obtenga información de expedientes médicos y personales (como están definidos en el Código de Seguros de California), de una fuente institucional o de una organización de apoyo de seguro que recopila este tipo de información, con el propósito de determinar la elegibilidad para cobertura. Esta autorización se mantendrá vigente como sigue: (1) por 30 meses a partir de la fecha de autorización para propósitos del proceso de la solicitud, una reintegración de la póliza, o una solicitud para cambiar los beneficios de la póliza; y (2) para todas las otras actividades bajo la póliza, por el término de la cobertura o por tanto tiempo como sea necesario para procesar las reclamaciones incurridas durante el término de la cobertura. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta solicitud y que una fotocopia es tan válida como el original.

Yo, el solicitante, reconozco que he leído y entendido esta Solicitud en su totalidad.

Firma del Empleado X \_\_\_\_\_ Fecha X \_\_\_\_\_

# FORMULARIO PARA REHUSAR LA COBERTURA PERSONAL

(Llene si usted, su cónyuge o dependientes  
están rehusando cobertura del plan de salud y/o dental de Blue Shield/Blue Shield Life de su empleador)

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE**

NOMBRE DEL EMPLEADO		No. DE SEGURO SOCIAL	
NOMBRE DEL EMPLEADOR (GRUPO)		FECHA DE EMPLEO	No. DE GRUPO
ESTADO CIVIL	CASADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TÍTULO DEL PUESTO	

¿Es usted empleado de tiempo completo, que trabaja un mínimo de 30 horas para este empleador?  SI  No Si NO, por favor explique

REHUSAR LA COBERTURA PARA:	RAZÓN PARA REHUSAR LA COBERTURA
<input type="checkbox"/> Rehuso la cobertura del plan médico para mí, mi cónyuge, y todos mis dependientes. <input type="checkbox"/> Rehuso la cobertura del plan médico para mi(s): <input type="checkbox"/> Cónyuge solamente <input type="checkbox"/> Hijos solamente <input type="checkbox"/> Cónyuge e Hijos <input type="checkbox"/> Solo los siguientes dependientes:  <input type="checkbox"/> Si se ofrece cobertura dental, la rehuso para mí, mi cónyuge y todos los dependientes. <input type="checkbox"/> Rehuso la cobertura dental: <input type="checkbox"/> Sólo para mi cónyuge <input type="checkbox"/> Para mis hijos <input type="checkbox"/> Para mi cónyuge e hijos <input type="checkbox"/> Solo los siguientes dependientes:  	<input type="checkbox"/> Está cubierto por otro plan médico de un empleador (p.ej. a través de su cónyuge). Nombre del Seguro y No. de Identificación _____ <input type="checkbox"/> Está cubierto por un Plan Médico Individual Nombre del Seguro _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Está cubierto por TRICARE. <input type="checkbox"/> Otro - p.ej. cualquier otra cobertura médica individual o del empleador (explique): _____ <input type="checkbox"/> No tiene otra cobertura médica del empleador. <input type="checkbox"/> Cubierto por otro plan dental. Nombre del Portador y No. de Identificación _____

Doy fe que mi empleador me ha explicado la cobertura disponible para mí, y sé que tengo todo el derecho de inscribirme en esta cobertura y he decidido no inscribirme yo ni inscribir a mis dependientes, si los hay. Por el momento declino inscribirme yo, mi cónyuge y/o mis dependientes en el plan de salud de Blue Shield/Blue Shield Life de mi empleador. He tomado esta decisión voluntariamente, y nadie ha tratado de influenciarme o presionarme para que decline la cobertura.

Si como resultado de matrimonio, adopción o puesta en adopción adquiero un nuevo dependiente, entiendo que yo o cualquiera de mis dependientes podemos solicitar inscripción en el plan médico de mi empleador, solicitando esa cobertura dentro de 31 días del matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción.

Si he indicado arriba que la razón de rehusar la cobertura para mí o mis dependientes, es por cobertura bajo otro plan de beneficios de salud de un empleador, doy fe que, si Yo o mis dependientes involuntariamente perdemos la cobertura bajo el otro plan de beneficios de salud del empleador, debo solicitar inscripción para mí y para mis dependientes en el plan de beneficios de salud de mi empleador dentro de 31 días. De lo contrario, entiendo que no podré inscribirme ni inscribir a mis dependientes en el plan de salud de mi empleador hasta el final del próximo periodo de inscripción abierta de mi empleador, o después de 12 meses, lo que ocurra primero.

Firma del Empleado X \_\_\_\_\_ Fecha X \_\_\_\_\_

LOS EMPLEADOS DEBEN DEJAR, PARA SUS ARCHIVOS, UNA COPIA DE CUALQUIER FORMULARIO FIRMADO PARA REHUSAR LA COBERTURA PERSONAL

# DECLARACIÓN MÉDICA

SI DESEA MANTENER ESTA DECLARACION CONFIDENCIAL, FAVOR DE ENVIARLA EN UN SOBRE SELLADO JUNTO CON SU SOLICITUD COMPLETA.

(POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

<b>NOMBRE DEL EMPLEADO</b>	<b>NO. DE SEGURO SOCIAL</b>	<b>ESTATURA</b>	<b>PESO</b>
<b>NOMBRE DEL DEPENDIENTE</b>		<b>ESTATURA</b>	<b>PESO</b>
<b>NOMBRE DEL DEPENDIENTE</b>		<b>ESTATURA</b>	<b>PESO</b>
<b>NOMBRE DEL DEPENDIENTE</b>		<b>ESTATURA</b>	<b>PESO</b>

Por favor conteste SI o NO a cada una de las siguientes preguntas para usted mismo y cada uno de sus dependientes. Por cada respuesta SI respuesta, por favor explique y mande detalles completos. **USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES:**

- ¿Ha sido ingresado en el hospital o ha sido operado en los últimos cinco (5) años  Sí  No
- ¿Durante los últimos dos (2) años, ha estado usted o algún dependiente que está inscribiendo incapacitado y o ha incurrido costos médicos en exceso de \$5.000,00?  Sí  No
- ¿Les han dicho que podría ser necesario que lo ingresen en el hospital o que lo operen en el futuro?  Sí  No
- ¿Ha sido diagnosticado con, lo han visto, o ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes?:
 

<ol style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad del corazón o de las arterias, arterioesclerosis, dolor en el pecho, fiebre reumática o soplo cardíaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Hipertensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Tumor canceroso u otras malignidades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Enfermedades de los riñones, hígado, vesícula, páncreas u órganos masculinos/femeninos incluso enfermedades venéreas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Artritis, dolor de espalda, fiebre reumática o problemas musculoesquelético o de las articulaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Sida, complejos relacionados con el Sida u otras enfermedades de deficiencia inmunológica, infecciones (excepto la infección VIH) o problemas de infecciones crónicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Alcoholismo, drogadicción, enfermedades mentales o nerviosas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Úlcera, colitis, dificultad para tragar, problemas del estómago, hernia o problemas del recto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Diabetes, fibrosis quística, albúmina o azúcar en la orina u otros problemas endocrinos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía u otras enfermedades de los pulmones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Parálisis, epilepsia, esclerosis múltiple u otras enfermedades neuromusculares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Hemorragia o enfermedades de la sangre, excepto la infección VIH? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> </ol> <p>Otras Condiciones/Información</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Usted o alguna de sus dependientes esta embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Cualquier otra enfermedad que no haya sido revelada arriba? Si es así, explique en detalle abajo. . . . . <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Durante los últimos dos (2) años ha fumado usted o alguno de sus dependientes? Si sí, fecha en que dejó de fumar _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Está usted o alguno de sus dependientes tomando algún medicamento (excepto anticonceptivos) que requieren receta médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> <li>Usted o alguno de sus dependientes ha aumentado o perdido más de 20 libras durante el año pasado? Aumentó ____ Perdió ____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</li> </ol>
--	---

## COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 4 QUE CONTESTO "SI"

(POR FAVOR INDIQUE EL NÚMERO DE LA PREGUNTA DE ARRIBA)

Pregunta No.	Nombre Suyo o del dependiente	Nombre y dirección del Médico o Clínica	Fecha en que comenzó y terminó el tratamiento	Nombre de las Afecciones/Enfermedades Tratadas	Indique el tratamiento recibido, condición actual (Recuperado, Todavía en Tratamiento?) Incluya el nombre del Medicamento (si lo toma) y fecha de la Prescripción.

Adjunte hojas adicionales si fuera necesario.

Al firmar abajo, certifico que mis respuestas y declaraciones son veraces y completas hasta donde yo sé y creo. Entiendo que esta Solicitud del Empleado, incluyendo esta Declaración Médica, es parte de mi solicitud y la de mis dependientes, la que se añadirá al contrato del plan médico de Blue Shield de mi empleador o Póliza de Blue Shield Life. Entiendo que si he tergiversado u omitido cualquier factor relevante mi cobertura puede ser cancelada, o el contrato de mi empleador rescindido.

Firma del Empleado **X** \_\_\_\_\_ Fecha **X** \_\_\_\_\_

Perforated!