

# Perfil de salud

para el seguro grupal del empleador

**Complete y devuelva este cuestionario.**

## **Gracias por completar este Perfil de salud. Esta información nos ayuda a crear un estimado de su seguro médico.**

La sección 3 contiene preguntas acerca de afecciones de salud. No se preocupe por tener que responder "sí" a una pregunta. Una respuesta afirmativa no lo descalifica automáticamente de la cobertura. Recuerde marcar "sí" **solo si recibió el servicio médico en los últimos 5 años para la afección indicada.**

Incluya la información completa por cada persona en su familia que necesita seguro médico. Es posible que debamos devolver un Perfil de salud incompleto para obtener más información. Esto puede demorar que le proporcionemos el estimado.

**Su Perfil de salud es confidencial.** Solo los empleados autorizados de Blue Cross and Blue Shield of Kansas tienen acceso a su información. Cuando complete el cuestionario, envíelo de regreso a una de las direcciones indicadas a la derecha. Gracias.

### **Empleadores**

Envíen sus perfiles de salud completos a su representante de Blue Cross and Blue Shield.

**Comience en la página siguiente.**

# Perfil de salud

para el seguro grupal del empleador



Comprendo que al completar este formulario **no estoy obligado de ninguna manera a comprar el seguro**. Completaré la siguiente información **para cada persona que solicita la cobertura**. Comprendo que toda la información se mantiene confidencial.

## Sección 1 – Información del solicitante

Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Estatura _____ Peso _____
Dirección de residencia _____		(____) _____ - _____ Número de teléfono de casa	(____) _____ - _____ Número de teléfono móvil
Ciudad _____		(____) _____ - _____ Número de teléfono del lugar de trabajo	(____) _____ - _____ Número de fax
Estado _____ Código postal _____ +4 _____ Condado _____		Dirección de correo electrónico _____	
Dirección postal (si es diferente a la dirección de residencia) _____		¿Está casado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____/_____/_____
Ciudad _____		Si la respuesta es sí, indique la fecha del matrimonio.	Fecha de matrimonio
Estado _____ Código postal _____ +4 _____			

## Sección 2 – Información del cónyuge y derechohabientes

Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia legal			
Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Estatura _____ Peso _____
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia legal			
Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Estatura _____ Peso _____
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia legal			
Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Estatura _____ Peso _____
Relación con el solicitante: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodia legal			
Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____/_____/_____
Apellido _____	Sufijo _____	Número de Seguro Social _____	Estatura _____ Peso _____

¿Alguna de las personas mencionadas anteriormente (incluyendo el solicitante) ingresó a los Estados Unidos a través de una VISA?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién y con qué tipo de VISA? \_\_\_\_\_

**Continúe en la página siguiente.**

### Sección 3 – Cuestionario de declaración de salud

¿Alguna de las personas mencionadas en esta solicitud utilizan productos de tabaco o vapeo?  No  Usuario actual  Exusuario

Si fue o es un usuario actual, indique el nombre del usuario, el tipo de producto(s) y la fecha en que dejó de usarlo, si aplica:

\_\_\_\_\_  Cigarrillo  Pipa  Puro  Tabaco masticable  Producto de vapeo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_   
 Primer nombre Fecha en que lo dejó (si aplica)

\_\_\_\_\_  Cigarrillo  Pipa  Puro  Tabaco masticable  Producto de vapeo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_   
 Primer nombre Fecha en que lo dejó (si aplica)

\_\_\_\_\_  Cigarrillo  Pipa  Puro  Tabaco masticable  Producto de vapeo \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_   
 Primer nombre Fecha en que lo dejó (si aplica)

**En los últimos cinco años, ¿alguna de las personas en esta solicitud ha sido diagnosticada o tratada por cualquiera de las siguientes afecciones?** Si la respuesta es sí, marque la casilla al lado de la(s) afección(es) adecuada(s).

#### ENFERMEDADES CARDÍACAS, SANGUÍNEAS O CIRCULATORIAS

- Enfermedad de las arterias coronarias (estrechamiento, endurecimiento)  Trastorno cardíaco congénito  Cardiomiopatía
- Arritmia cardíaca (fibrilación atrial, aleteo auricular, bradicardia)  Insuficiencia cardíaca congestiva  Anemia
- Ataque cardíaco/infarto de miocardio  Trastorno de las válvulas cardíacas  Hemofilia
- Trombocitopenia (nivel anormalmente bajo de plaquetas en la sangre)  Angioedema hereditario
- Presión arterial alta: indique el promedio de las últimas tres lecturas \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Otras enfermedades cardíacas, sanguíneas o circulatorias no mencionadas: \_\_\_\_\_

Si marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

#### ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

- Obstrucción/bloqueo intestinal  Síndrome del intestino irritable  Enfermedad de Crohn
- Pancreatitis (aguda o crónica)  Enfermedad del hígado graso  Agrandamiento del hígado
- Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA)  Bazo dilatado
- Cirrosis del hígado  Pancreatitis crónica o recurrente
- Otras enfermedades del sistema digestivo no mencionadas: \_\_\_\_\_

Si marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

**Continúe en la página siguiente.**

### Sección 3 – Cuestionario de declaración de salud (continuación)

#### ENFERMEDADES ENDOCRINAS, LINFÁTICAS, METABÓLICAS O CROMOSÓMICAS

- Diabetes Tipo 1  Diabetes Tipo 2
- Trastorno tiroideo  Deficiencia de la hormona del crecimiento
- Trastornos metabólicos o cromosómicos heredados (por ejemplo, Enfermedad de Gaucher, hipercolesterolemia familiar, Enfermedad de Tay-Sachs, Enfermedad de Pompe, Enfermedad de Fabry, porfiria, Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome de Marfan, atrofia muscular espinal)
- Otras enfermedades endocrinas, linfáticas o metabólicas no mencionadas: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

#### ENFERMEDADES MUSCULARES, ESQUELÉTICAS O CUTÁNEAS

- Osteoartritis (degeneración articular)  Artritis reumatoide  Artritis psoriásica
- Osteoporosis  Úlcera cutánea crónica  Quemaduras (50% del cuerpo o más)  Psoriasis
- Deformidad ortopédica (por ejemplo, escoliosis, pie equinovaro, displasia de cadera)  Lupus sistémico
- Otras enfermedades musculares, esqueléticas o cutáneas no mencionadas: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

#### ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- VIH/SIDA  Hepatitis A, B o C  Tuberculosis
- Enfermedad de inmunodeficiencia que requiere terapia con Inmunoglobulina
- Otras enfermedades infecciosas no mencionadas: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

**Continúe en la página siguiente.**

### Sección 3 – Cuestionario de declaración de salud (continuación)

#### ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

- Accidente cerebrovascular       Ataque isquémico transitorio (AIT)       Enfermedad de Parkinson  
 Enfermedad de Alzheimer       Trastorno convulsivo       Lesión de la médula espinal  
 Lesión cerebral       Narcolepsia       Parálisis cerebral  
 Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)       Esclerosis múltiple  
 Otras enfermedades del sistema nervioso no mencionadas: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

#### ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

- Depresión       Ansiedad       Trastorno bipolar  
 Esquizofrenia       Autismo       Dependencia de opiáceos  
 Anorexia nerviosa       Bulimia  
 Consumo de otras sustancias (por ejemplo, alcohol, metanfetaminas, marihuana)  
 Otras enfermedades de salud mental o consumo de sustancia no mencionadas: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

#### ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- Asma       EPOC/Enfisema       Hipertensión pulmonar  
 Fibrosis pulmonar       Fibrosis quística  
 Otras enfermedades respiratorias no mencionadas: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

**Continúe en la página siguiente.**

**ENFERMEDADES URINARIAS, GENITALES Y REPRODUCTIVAS** Insuficiencia renal (aguda) Insuficiencia renal (crónica) Hipertensión renal Enfermedad renal en etapa terminal (ERET) Otra enfermedad renal, genital o reproductiva no mencionada: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

**ANTECEDENTES DE CÁNCER** Anal o rectal Vejiga o riñón Huesos Cerebro Seno Cuello uterino o útero Colon Esófago Hígado Pulmón Ovario Páncreas Próstata Melanoma Estómago Testículo Tiroides Lengua/boca Leucemia Linfoma Mieloma múltiple Otro tipo de cáncer no mencionado: \_\_\_\_\_

Sí marcó "sí" en alguna de las afecciones mencionadas, indique los detalles a continuación:

Persona tratada	Diagnóstico	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

**Continúe en la página siguiente.**

## Sección 4 – Seguimiento del cuestionario de declaración de salud

En los últimos 12 meses, ¿alguna de las personas en esta solicitud ha tomado un medicamento recetado por más de 30 días? Si la respuesta es sí, indique los detalles abajo o adjunte una copia de la farmacia.

Persona tratada	Diagnóstico	Nombre del medicamento y la dosis	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

¿Alguna de las personas en esta solicitud se encuentra embarazada o recibe servicios de fertilidad actualmente?

Si la respuesta es sí, indique los detalles.

Persona	Fecha estimada de parto (si está embarazada)	¿Un solo bebé, gemelos, trillizos o más?	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

En los últimos cinco años, ¿alguna de las personas en esta solicitud ha recibido tratamiento o cirugía en un hospital, centro médico o consultorio del proveedor de atención médica por cualquier enfermedad no **mencionada anteriormente**? Si la respuesta es sí, indique los detalles.

Persona tratada	Diagnóstico (enfermedad)	Detalles del tratamiento y/o afección	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

¿A alguna de las personas en esta aplicación se le ha recomendado someterse en los próximos seis meses a un tratamiento médico, servicios quirúrgicos, exámenes de diagnóstico u hospitalización **que no se haya mencionado anteriormente**?

Si la respuesta es sí, indique los detalles.

Persona que va a ser tratada	Enfermedad que se va a evaluar/tratar	Tipo de servicio planeado	Nombre del médico, ciudad y estado	Fecha de la última consulta con el médico

Continúe en la página siguiente.

## Sección 5 – Información importante

**Las siguientes declaraciones son importantes y debe leerlas cuidadosamente. Luego firme en la Sección 6 para completar su perfil de salud.**

Comprendo que Blue Cross and Blue Shield of Kansas, Inc. (BCBSKS) fijará una nueva tarifa o anulará el contrato en las siguientes condiciones: 1) si la información recibida para futuras reclamaciones o registros de apoyo dos años después de que entre en vigencia la fecha del contrato indica que la información proporcionada en este perfil de salud era incorrecta; 2) si la información recibida en cualquier momento indica que en la información proporcionada en este perfil de salud un hecho material fue tergiversado intencionalmente o era fraudulento.

Comprendo que ningún representante de BCBSKS tiene la autoridad para omitir cualquier información requerida en este perfil de salud u obligar a BCBSKS a proporcionar cobertura para mí y mis derechohabientes u omitir, alterar o cambiar las estipulaciones del contrato que pueda emitirse.

Comprendo que mi firma indica que he leído toda la información en este formulario y garantiza que todas las declaraciones hechas en el mismo están completas y son verdaderas según mi leal saber y entender. Comprendo que BCBSKS no será considerado responsable del pago de servicios hasta que todo lo siguiente suceda:

- 1) el formulario de inscripción haya sido recibido y aprobado,
- 2) se emita y entregue un contrato oficial, y
- 3) se pague la primera prima completa y BCBSKS la acepte.

**Comprendo que toda la cobertura está sujeta a que la salud de todos los solicitantes en este perfil de salud permanezca igual a la fecha de entrada en vigor de la cobertura. Si ocurre cualquier cambio en el estado de salud antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, comprendo que debo notificar dicho cambio al Departamento de suscripciones de BCBSKS al 1-800-432-0216. Aviso: Se garantiza la emisión de la cobertura a los grupos pequeños de dos o más empleados. (Acepto que una copia fotográfica de la autorización será tan válida como el original).**

## Sección 6 – Autorización para divulgar la Información médica protegida

Comprendo que al firmar este perfil de salud, autorizo la divulgación de toda la información de salud por parte de cualquier plan de salud, médico, profesional de la atención médica, hospital, clínica, farmacia, centro médico, otro proveedor de atención médica, compañía de seguros y cualquier otra organización o persona que me haya proporcionado pago, tratamiento o servicios o lo haya hecho en mi nombre o a alguno de mis derechohabientes cubiertos por este perfil de salud o en su nombre a BCBSKS.

Comprendo que la información divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones de privacidad federales.

Esta autorización es válida por un período no mayor a 2 años. Comprendo que la revocación de esta autorización no afectará cualquier acción realizada en función de esta autorización antes de recibir la revocación escrita.

### Se requiere su firma

\_\_\_\_\_  
Solicitante (Se requiere la firma del padre/tutor si el solicitante es menor de 18 años)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito en letra de molde

For office use only		
Sys. Number	Rep. Number	Date
Business Name		