



UnitedHealthcare®

Para acelerar el proceso de inscripción, complete íntegramente todas las secciones que correspondan.

Group Name/Number

Sección del Empleador/To Be Completed by Employer

New  Dependent Add/Delete  Change Name/Address  Cancel  Date of Change

Group Specifics

Position/Title
Hours Worked
Plan Selected
Medical
Dental

Reason for Application
New Group Plan
Annual Open Enrollment
New Hire
Status Change
Life event/date
Other

Product Selection
Health
Life
Dep Life
Dental
Vision
Other

Employee Type
Active
COBRA./St Cont
Hourly
Salary
Union
Non-Union
Other

A. Información del Empleado

DATE OF HIRE

Nombre, Inicial 2º Nombre, Apellido, Número de Seguro Social, Teléfono Particular, Dirección, Apto. No., Ciudad, Estado, Cód. Postal, Correo Electrónico

B. Información Familiar

Incluya a todos los que desea inscribir (Adjunte una hoja en caso necesario) Estado Civil  Soltero(a)  Casado(a)

Table with columns: Apellido, Nombre, Inicial 2º Nombre, Sexo, Parentesco, Fecha de Nac., Estatura, Peso, Estudiante de, Médico\* (Nombre y Apellido)

\* IMPORTANTE: Utilice el directorio de médicos y proveedores de UnitedHealthcare para elegir a un Médico de Atención Primaria, tanto para usted como para cada uno de sus dependientes cubiertos, únicamente para UnitedHealthcare Select y Select Plus.

C. Selección de Productos

(Marque todos los que correspondan)\*

Table with columns: Persona, Seguro Médico, Seg. de Vida, De Vida Comp., Comp. por Muerte, Seg. Dental, Atención de la Vista, Incap. Corto Plazo, Incap. Largo Plazo, Número de Plan de Opción Doble

\* La oferta de beneficios depende de la selección del empleador. Nombre Completo y Dirección del Beneficiario del Seguro de Vida Parentesco

D. Otra Información sobre la Cobertura

¿Ha recibido alguna de las personas de esta solicitud beneficios médicos... ¿Cuenta usted o alguno de sus dependientes con la cobertura de Medicare?

E. Renuncia a la Cobertura

Renuncio a la cobertura para:
Mí y todos mis dependientes
Cónyuge
Mis Hijos Dependientes

Renuncio a la cobertura porque ya tengo otro tipo de cobertura:
Plan del Empleador de mi Cónyuge
Cobertura de Medicare
COBRA del Empleador Anterior
Plan Individual
Medicaid
Elegibilidad en la Administración de Veteranos
Tri-Care
No tengo/tenemos otra cobertura en este momento.

Entiendo que si renuncio a la cobertura en este momento, no tendré derecho a participar, a menos que haya un cambio en mi vida, en el siguiente período de inscripción abierta o como solicitante fuera de plazo, si corresponde.

Iniciales del Empleado, Fecha

F. Firma

Autorizo a La Compañía y sus Filiales a que obtengan, utilicen y divulguen mis expedientes médicos, de reclamaciones o relativos a mis beneficios, incluida aquella información médica que me identifica a nivel personal y que aparece en dichos expedientes.

## F. Firma (continúa)

Entiendo que ésta es una solicitud conjunta de seguro de vida y de salud y que todas mis respuestas deben ser completas y precisas. Solicito/solicitamos la cobertura médica de grupo indicada para mí y, si el plan lo permite, para mis dependientes; autorizo que se deduzcan de mi sueldo los aportes necesarios en concepto de primas. No he/hemos proporcionado a ningún agente u otra persona ninguna información médica no incluida en la solicitud. Entiendo/Entendemos que las HMO/compañía(s) de seguros no quedan comprometidas por ninguna declaración que haya/hayamos hecho a algún agente o a otras personas si dichas declaraciones no están escritas o impresas en esta solicitud o en alguna de las hojas adjuntas. Tengo la obligación permanente de notificar los cambios de estado de salud (por ej., consejos médicos, diagnósticos, atención o tratamiento recibidos) una vez que haya firmado el formulario de inscripción y antes de recibir la tarjeta de identificación. Conserve una copia de esta autorización para sus archivos.

Fecha	Firma del Empleado para todos los que solicitan o renuncian a la cobertura	Firma del/de la Cónyuge (si corresponde)
-------	--	--

## G. Historia Clínica

Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ No. Seg. Soc. \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

¿Usted o cualquiera de las personas que figuran en la sección B "Información Familiar" del anverso de este formulario ha consultado, ha sido examinado(a) o tratado(a) por algún profesional de asistencia sanitaria durante los últimos 5 años debido a alguna enfermedad, lesión o estado de salud enumerados en las categorías que aparecen a continuación? En caso afirmativo, marque el cuadro que describe más adecuadamente el problema y explique debajo en forma detallada. **Tenga en cuenta que si omite o tergiversa información podremos dar por concluida o dejar de renovar su cobertura, o bien, cambiar su prima.**

<b>1A Cáncer/Tumor</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Linfoma <input type="checkbox"/> Hígado <input type="checkbox"/> Pulmón <input type="checkbox"/> Melanoma <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1B Cardíaco/Circulatorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> Angioplastia/Stent <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva <input type="checkbox"/> Colesterol/Triglicéridos Elevados <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Úlcera Cutánea <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular <input type="checkbox"/> Várices <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1C Reproductivo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Embarazo en Curso (fecha de término: ____ ) <input type="checkbox"/> Nacimientos Múltiples Previstos (Cantidad: ____ ) <input type="checkbox"/> Complicaciones del Embarazo (Actuales o Pasadas) <input type="checkbox"/> Trastornos Mamarios <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Infertilidad <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1D Intestinal/Endocrino</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pancreatitis Crónica <input type="checkbox"/> Trastornos del Colon <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C <input type="checkbox"/> Hernia de Hiato/Reflujo <input type="checkbox"/> Trastornos Hepáticos <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Hormonas del Crecimiento <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1E Cerebral/Nervioso</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1F Inmunológico</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> HIV+ <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Otro _____ Para SIDA y HIV, solamente deberá marcar la opción "Sí" en caso de que a usted o alguna de las personas que figuran en la Sección B "Información Familiar" del anverso de este formulario le hayan diagnosticado SIDA o HIV.
<b>1G Pulmonar/Respiratorio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Apnea Obstructiva del Sueño <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1H Vista/Oído/Nariz/Garganta</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Neurinoma del Acústico <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas del Oído <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica <input type="checkbox"/> Labio/Paladar Hendido <input type="checkbox"/> Tabique Desviado <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Retinopatía <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1I Urinario/Renal</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales <input type="checkbox"/> Vejiga Neurógena <input type="checkbox"/> Poliquistosis Renal <input type="checkbox"/> Trastornos de Próstata <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>1J Óseo/Muscular</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Artritis (Reumatoide o Artrosis) <input type="checkbox"/> Abombamiento Discal/Hernia de Disco <input type="checkbox"/> Lesiones en las Articulaciones <input type="checkbox"/> Enanismo Hipofisario <input type="checkbox"/> Distensión Muscular <input type="checkbox"/> Espina Bífida <input type="checkbox"/> Otros Trastornos de Espalda/Cuello <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>2 Salud Mental/ Abuso de Sustancias</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión <input type="checkbox"/> Trastornos de Falta de Atención <input type="checkbox"/> Depresión Bipolar/Maníaca <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas <input type="checkbox"/> Trastornos Alimentarios <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio <input type="checkbox"/> Otro _____
<b>3 Trasplante</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Médula Ósea <input type="checkbox"/> Posible Trasplante Futuro que se haya Considerado <input type="checkbox"/> Órgano _____
<b>4 Medicación</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medicamentos Actuales <input type="checkbox"/> Medicamentos Tomados Durante el Año Pasado
<b>5 Otro</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Resultados Anormales de Pruebas o Exámenes Físicos <input type="checkbox"/> Afección o Trastorno Congénito No Mencionados Arriba <input type="checkbox"/> Tratamiento o Cirugía que hayan sido Considerados o Aconsejados pero que aún No se hayan Realizado <input type="checkbox"/> Cambio de Peso sin Explicación
<b>6 Consumo de Tabaco</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Personas que Figuran en esta Solicitud y Consumieron Productos Tabacaleros en los Últimos 12 Meses Nombre _____

**Proporcione los detalles a continuación (Si se necesita más espacio adjunte una hoja por separado y asegúrese de colocarle fecha y firmarla).**

Pregunta No.	Persona	Afección/Diagnóstico	Tratamiento/Complicaciones	Nombre del Médico	Fechas de Tratamiento	Pronóstico