

Cuestionario Médico –Diagnóstico Detallado

Nombre del Empleado: _____ **No. de Seg. Soc.:** _____

Instrucciones: Conteste TODAS las preguntas de la primera página. También responda a las preguntas pertinentes de la segunda página si respondió "sí" a las preguntas 1, 4, 5 o 13 en la Parte A del Cuestionario Médico de Grupos Pequeños (o si reveló condiciones médicas relacionadas con el cáncer, sistema reproductor, diabetes o trasplantes y no se le pidió llenar un Cuestionario Médico de Grupos Pequeños) concerniente al estado médico de la siguiente persona:

_____ **(nombre de la persona con dicha enfermedad).**
 Este formulario puede ser completado por el empleado, un representante legal, su cónyuge o su agente. Escriba "ninguno" si la pregunta no aplica. Proporcione sólo la información médica personal de la persona con la enfermedad. No incluya las pruebas genéticas / resultados de exploración genética o historial familiar. Si necesita más espacio, puede utilizar páginas adicionales, pero por favor, incluya su nombre y el número de la pregunta con cada respuesta. Para una evaluación completa, tal vez se requiera que se presenten los expedientes médicos.

1. ¿Cuál es la enfermedad y en qué fecha fue diagnosticada (si tiene hepatitis, por favor indique el tipo)?

2. ¿Cómo es/fue tratada esta enfermedad? (Incluya fechas, frecuencia de las visitas al proveedor médico, todos los internamientos, terapia, y cirugías previas o futuras):

3. ¿Qué medicamentos recetados está actualmente tomando o ha tomado en el pasado para esta enfermedad? (Incluya fechas y la cantidad de medicamentos tomados):

4. ¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad, incluyendo posibles tratamientos o cirugías futuras? ¿Ha habido alguna recomendación para tratamientos? _____

Si usted contestó sí a las preguntas 1, 4, 5 o 13 en la Parte A del Cuestionario Médico de Grupos Pequeños (o si reveló condiciones médicas relacionadas con el cáncer, sistema reproductor, diabetes o trasplantes y no se le pidió llenar un Cuestionario Médico de Grupos Pequeños) por favor conteste la(s) pregunta(s) pertinentes que se presentan a continuación:

(A1) Responda las siguientes preguntas si el cáncer de mama o melanoma ha existido en los últimos 10 años O cualquier otro tipo de cáncer en los últimos 5 años - incluyendo leucemia, linfoma, cáncer de Hodgkin, o quistes malignos:

<u>Tipo de Cáncer</u>	<u>Fecha diagnosticado</u>	<u>Partes afectadas</u>	<u>Glándulas linfáticas</u> <u>¿Implicación?</u>	<u>Quimioterapia o Radiación</u> <u>Fecha inicial</u> <u>Conclusión</u>
_____	___/___/___	_____	[] Sí [] No	_____ - _____
_____	___/___/___	_____	[] Sí [] No	_____ - _____
_____	___/___/___	_____	[] Sí [] No	_____ - _____

Provea detalles de su estado actual, cualquier reaparición de la enfermedad y futuros tratamientos recomendados:

- (A4) Conteste lo siguiente: **Infantes prematuros (nacidos a las 37 semanas de gestación o menos tiempo) En la actualidad menos de 24 meses de edad:** Número de semanas de gestación a la hora de nacer _____
Fecha de nacimiento _____
Enumere cualquier problema con el parto y/o problemas médicos asociados con el nacimiento prematuro, incluyendo el tratamiento de VSR, tal como las inyecciones de Synergis (escriba las fechas) _____

Si existe **displasia cervical:** el tipo de célula encontrada _____, el grado de células esquamus _____, y las fechas de los últimos Papanicolaous **normales** (1) _____ (2) _____

- (A5) **Diabetes:**
- | | <u>Fecha</u> | <u>Resultados</u> | <u>Marque aquí si no sabe</u> |
|---|--------------|-------------------|-------------------------------|
| a. Su más reciente A1C de glucosa sanguínea | _____ | _____ | [] |

- b. Las últimas 3 lecturas de su glucosa sanguínea:
- | | <u>Fecha</u> | <u>Glucosa sanguínea</u> | <u>Marque aquí si no sabe</u> |
|--|--------------|--------------------------|-------------------------------|
| <u>Tomada en el consultorio del doctor</u> | | | |
| [] Sí [] No | 1. _____ | _____ | [] |
| [] Sí [] No | 2. _____ | _____ | [] |
| [] Sí [] No | 3. _____ | _____ | [] |

¿Ha sido diagnosticado con alguna enfermedad en el ojo? Si es así, por favor explique, incluya el diagnóstico, fecha del diagnóstico, y el tratamiento:

¿Hay existencia de lo siguiente?: Hipertensión arterial (si es así, provea la última lectura de su presión arterial) Enfermedad renal, Insuficiencia cardíaca, adormecimiento/dolor en las manos o los pies (neuropatía) Si es así, por favor explique, incluya medicamentos/tratamientos actuales:

(A13) A continuación conteste si ha tenido o está esperando un **Transplante de Órgano o de Medula Ósea:**

- a. Diagnóstico primario (la razón y el tipo de transplante) _____

- b. ¿Cómo fue/es el tratamiento de la enfermedad (cirugía, internamiento, etc.)? _____

- c. ¿Ha habido algún rechazo, límite, o síntomas presentes debido a previos transplantes? Sí es así, explique.

Es un crimen proveer información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a la compañía de seguro con el propósito de fraude a la compañía. Los castigos incluyen el encarcelamiento, multas y negación de los beneficios de seguro.

Nombre de la persona que llenó este formulario (letra de molde): _____

Relación con quien tiene la enfermedad: _____

Firma: _____ Fecha: _____