

Cuestionario de Salud Personal (CSP)

Nombre y Apellido del Empleado: _____ **Nombre del Empleador:** _____

Teléfono Diurno: () - _____ **Fecha de Alquiler:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

¿Planea usted matricularse en el plan de seguro médico de su empleador? Sí No

***Si usted seleccionara "No", por favor seleccione uno de los siguientes, entonces salte el resto del formulario y firme el fondo de p. 2.

- Cubierto por el Plan del Esposo No es Elegible
 No Desea Cobertura Otra Razón (_____)

- Si usted seleccionara "sí", por favor complete el resto de este formulario.
- Conteste a las preguntas siguientes para usted y miembros de familia de matriculación elegibles.
- Incluya hojas adicionales para explicaciones detalladas o dependientes adicionales.
- Todas las preguntas deben ser contestadas o el formulario no puede ser aceptada.

I. Demográfico, Tipo de Cuerpo, y Uso de Tobacco

	Relación con el Empleado	Nombre de Miembro	Número de seguro social	Género (H/M)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
1	Empleado				
2	Esposo(a)				
3	Hijo(a)				
4	Hijo(a)				
5	Hijo(a)				
6	Hijo(a)				

	Relación con el Empleado	Estatura		Peso (libras)	Código Postal de Casa	Uso de Tobacco en el Año Pasado? (Sí/No)
		pies	pulgadas			
1	Empleado					
2	Esposo(a)					
3	Hijo(a)					
4	Hijo(a)					
5	Hijo(a)					
6	Hijo(a)					

II. Enfermedades y Tratamientos Médicos

Hay cualquier persona enumerado anteriormente quien ha visitado a un médico, ha recibido atención médica, (incluso medicina de prescripción), o ha sido hospitalizado para cualquiera de los siguientes?

*** Marque sí o no para cada pregunta. Por favor, completa Tabla de Detalle Adicional en p. 2 para TODAS las respuestas "Sí".

<p>1. Cáncer (si es sí, alista ubicación y el tipo del cáncer más abajo. Yes No)</p> <p>Ubicación y tipo de cáncer _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marque uno: ___Etapa 1, ___Etapa 2, ___Etapa 3, ___Más alta</p> <p>Fecha de remisión (si aplicable): _____</p>	<p>6. La Artritis (i.e. reumatoidea, osteo, psoriásica, gota) Yes No</p> <p>7. Enfermedad Autoinmune (i.e. lupus, EM, anemia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Trastorno de la Espalda (i.e. enfermedad degenerativa del disco, disco herniado, fusión espinal, espondilitis, distensión muscular) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Crecimiento Benigno (i.e. tumor, quiste) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. Intestino (i.e. SII, enfermedad de Crohn - ileítis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. Enfermedades del Sistema Circulatorio (i.e. derrame cerebral, enfermedades arterial/vascular) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12. Inmunodeficiencia (i.e. SIDA, HIV+, hemofilia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13. Enfermedad de los Riñones (i.e. nefritis, insuficiencia renal) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. Enfermedad del Hígado (i.e. cirrosis hepática, hepatitis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. Enfermedad Mental (i.e. depresión leve o grave, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>16. Apoyo Psicológico ¿Apoyo actual o anterior? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>17. Trastorno Muscular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>18. Respiratorio (i.e. asma, alergia, neumonía, EPOC, enfisema, bronquitis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>19. El Estómago (i.e. úlcera, reflujo ácido, ERGE) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>20. Dependencia de Sustancias (i.e. alcohol, drogas) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>21. Transplantes (Si es sí, alista órgano(s): _____) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Cardíaco o Enfermedad Cardíaca/Trastorno Yes No</p> <p>Si contesta sí, marque todo que se pertenece:</p> <p>___ Ataque del corazón, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>___ Cirugía de derivación o angioplastia de solo vaso sanguíneo, o <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>___ Cirugía de derivación o angioplastia de múltiples vasos sanguíneos; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>___ Cualquier otra condición cardíaca. (escribe aquí): _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(arritmia, aneurisma, insuficiencia cardíaca, trastorno de válvula de corazón)</p>	
<p>3. Diabetes (si contesta sí, escribe tipo 1 o 2) Yes No</p> <p>Tipo: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es sí, escribe 3 más recientes de HbA1c/niveles de glucemia en ayunas más recientes:</p> <p>1) _____ 2) _____ 3) _____</p>	
<p>4. Colesterol Alto Yes No</p> <p>Si contesta sí, proporcione 3 niveles más recientes:</p> <p>1) _____ 2) _____ 3) _____</p>	
<p>5. Alta Presión Arterial Yes No</p> <p>Si contesta sí, proporcione 3 niveles más recientes:</p> <p>1) _____ 2) _____ 3) _____</p>	

II. Condiciones Médicas (a continuar)

	Yes	No
22. ¿Hay alguien que actualmente está tomando medicamentos recetados?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Hay alguien que ha tenido alguno de los siguientes para una enfermedad grave en los 5 años pasados?		
a) tratamiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) hospitalización.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) la cirugía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Es cualquiera actualmente :		
a) ¿hospitalizado o confinado en un centro de tratamiento?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿confinado en su casa, incapacitados o incapaz de autosuficiencia?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Es cualquiera de los siguientes pendientes ?		
a) tratamiento (tratamiento médico o las pruebas diagnósticas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) hospitalización.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) la cirugía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿En los 5 años pasados, hay alguien que se matricula que ha tenido síntomas de alguna condición médica grave que todavía no ha indicado en esta forma?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aviso:
Por Favor llene
TABLA de DETALLE
ADICIONAL
para **TODOS** artículos con
respuesta "Sí"
en las páginas 1 & 2

III. El Embarazo y el Parto

	Yes	No
27. ¿Está embarazada alguien? (Si no, marque 'No' y salte pregunta 27).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) La fecha de parto es: _____		
b) ¿Es esto un Embarazo de Alto Riesgo, alguna complicación o la sangría?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿C-sección anterior o nacimiento de pretérmino?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Se espere nacimientos múltiples? Si es así, marque uno: ___gemelos ___trillizos ___más		

TABLA de DETALLE ADICIONAL - Favor de llenar los detalles más abajo para todos las respuestas "Sí"

Pregunta #	Nombre de Individuo	Enfermedad / Diagnóstico	Fecha de la Aparición	Fecha del Último Tratamiento	Tratamiento / Medicamento	¿Todavía Toma? (S / N)	Punto de la Recuperación

*** Si contesta "Sí" para cualquier artículo en Página 1 or 2, favor de llenar TABLA de DETALLE ADICIONAL más arriba, o este formulario no puede ser aceptable.**

Notificación de privacidad del cliente: Gracias por completar la información solicitada anteriormente. Cualquier información no pública (es decir, el nombre con la dirección y/o número de seguro social) e información de salud detallada (protegida información de salud) que proporcionas vía copia impresa o a través de Milliman, Inc. HERO Online Data Collection Website, (página de web para colección de datos) se utilizará únicamente con el propósito de proporcionar la evaluación del riesgo a la Organización Profesional de Empleadores (PEO), Arreglo de Bienestar de Empleadores Múltiples (MEWA), grupo de asociación (Asociación) o Fideicomiso que proporcionará una cotización de seguro de salud para el empleador. Milliman está actuando como un negocio asociado al PEO/MEWA/Asociación/Fideicomiso y está sujeta a determinadas disposiciones y regulaciones de la Ley de Portabilidad del Seguro Médico y Rendición de Cuentas de 1996 (HIPPA). Milliman no venderá, licenciará, transmitirá o revelará esta información fuera de Milliman a menos que es: a) necesario para Milliman proveer los servicios en nombre del PEO/MEWA/Asociación/fideicomiso, b) expresamente autorizado por usted, c) necesario para fines de documentación de respaldo, o d) requerido por la ley.

Empleado FIRME AQUÍ y la Fecha:

➔ _____

Fecha: _____