

BlueChoice HealthPlan is a wholly-owned subsidiary of BlueCross BlueShield of South Carolina. Both are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.
® Registered marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.
SM Service mark of BlueChoice HealthPlan of South Carolina, Inc.

www.BlueChoiceSC.com

BLUECHOICE HEALTHPLAN • COMPANION LIFE INSURANCE COMPANY

EMPLEADOR _____ GRUPO NÚMERO □□-□□□□□-□□-□

NOMBRE DEL EMPLEADO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL □□□-□□-□□□□

1. En los últimos 10 años, usted o alguna persona a la que se asegurará, ¿han sido diagnosticados, tratados, recomendados para que busquen tratamientos o les han realizado análisis para algunas de los siguientes afecciones; han tenido síntomas relacionados con ellas o padecido alguna?

AFECCIÓN	SÍ	NO	AFECCIÓN	SÍ	NO
SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), CRS (Complejo relacionado con el SIDA) o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida abrupta de peso, sudores nocturnos, fiebre constante, fatiga o agrandamiento del ganglio linfático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de la última convulsión _____		
Dependencia al alcohol o las drogas, abuso o sobredosis de ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de convulsión/epilepsia _____		
Artritis (tipo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza o migrañas intensos o constantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de columna vertebral, discos, espalda o músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de huesos, articulaciones, tendones o ligamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del sistema nervioso, desmayos o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma, alergias u otra afección respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular, esclerosis múltiple, parálisis cerebral, Enfermedad de Parkinson o Enfermedad de Alzheimer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema, tuberculosis o falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de mamas, en los genitales o del sistema reproductor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de ojos, oídos, nariz o garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculos renales u otros trastornos en el sistema urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer u otro tumor maligno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernias o trastornos prostáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumor, quiste u otro crecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Panicolau anormal o trastornos menstruales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis, Enfermedad de Crohn, diverticulitis u otro trastorno intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anginas, ataques cardíacos, coronariopatía u otros trastornos cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos biliares o trastornos en la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos en el hígado o bazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del diagnóstico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de haber padecido Hepatitis, especifique el tipo _____			Últimas 3 tomas _____		
Úlceras, trastornos estomacales u otros trastornos digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fechas ____/____/____		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos _____		
Controlada sólo por dieta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Colesterol o triglicéridos elevados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dosificación diaria de insulina _____			Venas varicosas, trombosis, úlceras en las piernas u otros trastornos del sistema circulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo y cantidad de medicamentos orales _____			Anemia, hemofilia u otro trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la glándula tiroides, bocio, pituitaria o suprarrenal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique el tipo _____		
Parálisis o trastorno neuromuscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto congénito o deformidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral o AIT (Accidente Isquémico Transitorio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufre alguna otra lesión, enfermedad o trastorno que no se haya especificado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Complete esta sección para todas aquellas afecciones que se marcaron Sí. Además, enumere cualquier medicamento recetado por un médico que no se haya mencionado anteriormente. Si necesita más espacio, adjunte una hoja.

Nombre del paciente	Nombre del médico, domicilio y número telefónico	Afección	Fechas	Tratamiento/Medicamento	Resultados/Pronóstico
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____
_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____

Por el presente, acuerdo que la respuesta a cada una de las preguntas que se detallaron anteriormente es completa y verdadera, que tales respuestas se registraron total y correctamente y que no se omitió ninguna información esencial concerniente al estado de salud pasado o actual de la persona. Acuerdo que tales respuestas constituirán una parte de mi solicitud para el seguro grupal y que tal seguro no se hará efectivo hasta que dicha solicitud haya sido aprobada por BlueChoice HealthPlan y/o Companion Life Insurance Company.

Firma del solicitante _____

Fecha: _____