

DECLARACIÓN DE SALUD ESTÁNDAR DE OREGÓN

(Formulario estándar según ORS 743.766)

Esta declaración de salud es obligatoria, ayuda a la compañía de seguros a cerciorarse de que la salud de su hijo se coordine bien y no puede utilizarla para denegarle cobertura a su hijo.

PARTE A:

[Insert carrier's logo/information here; format may vary, but may not include questions relating to health-risk status, such as occupation, hobbies, etc.] Usted no tiene la obligación de divulgar información, en ninguna de las secciones de la presente solicitud, sobre pruebas genéticas o información genética que se relacione con usted o con algún pariente consanguíneo. No tiene la obligación de divulgar decisiones por parte de compañías de seguros que se hayan basado en pruebas genéticas o en información genética. **A las personas menores de 19 años de edad que soliciten cobertura bajo un plan individual de beneficios médicos no puede denegárseles la inscripción ni excluírseles de la cobertura por motivos de salud.**

Nombre del adulto a cargo: _____ **Número de caso (de saberse)** _____

Nombre del o de los menores a ser asegurado(s) **Menor: Menor: Menor:** _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Teléf. domicilio: _____ Teléf. trabajo: _____ Condado: _____

Dirección de facturación (si difiere de la del domicilio):

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Correo electrónico: _____

¿Usted o algún miembro de su familia tienen otra cobertura médica activa, Medicare, Medicare Advantage, o cobertura suplementaria de Medicare? Sí No

De ser así, indique el nombre de la compañía de seguros: _____

Fecha de vigencia de la cobertura médica actual: _____

Fecha de vencimiento de la cobertura médica actual: _____

¿Usted o algún miembro de su familia trabajan para un empleador que ofrezca beneficios médicos a sus empleados? Sí No

¿Está usted o algún miembro de su familia inscritos? Sí No

Si no lo están, ¿por qué no? _____

DECLARACIÓN DE SALUD ESTÁNDAR DE OREGON
(Formulario estándar según ORS 743.766)

PARTE B: [Cannot include other health questions or questions relating to health-risk status, such as occupation, hobbies, etc., and cannot include questions concerning genetic testing of or genetic information about the applicant or any blood relative of the applicant.]

En los últimos cinco años, ¿alguna compañía de seguros le ha denegado, pospuesto, rechazado, o restringido alguna cobertura o ha incrementado la prima del seguro médico o de la póliza de vida por motivos relacionados con la salud de alguna de las personas que se indican en esta solicitud?

Sí No

De ser así, indique el nombre de la persona afectada, la razón de la acción y el nombre de la compañía de seguros:

[Insert Insurance carrier's name/La aseguradora que trabaja con Healthy KidsConnect] puede examinar la historia de reclamos de los últimos cinco años en el caso de los menores que hayan estado asegurados a través de Healthy KidsConnect durante ese tiempo. Indique los nombres y la aseguradora de Healthy KidsConnect de todo menor en la solicitud que haya estado asegurado a través de Healthy KidsConnect en los últimos cinco años.

Proporcione la información siguiente de cada una de las personas a ser aseguradas:

	Apellido del familiar	Nombre de pila, inicial del segundo nombre	Estatura	Peso	Sexo	Fecha de nacimiento	Núm. de Seguro Social
Hijo							
Hijo							
Hijo							
Hijo							
Hijo							
Hijo							

Explique la relación con la persona a ser asegurada de todas las personas que se hayan indicado si el apellido de éstas difiere del de la persona a ser asegurada. _____

DECLARACIÓN DE SALUD ESTÁNDAR DE OREGÓN

(Formulario estándar según ORS 743.766)

Marque "Sí" o "No" para cada artículo (para usted y sus familiares). Proporcione los detalles en la Página 6 para todas las preguntas que haya respondido "Sí". **(Para fines de estas preguntas, se entiende por crónico persistente, continuo o periódico o una combinación de cualquiera de estos términos.)**

En los últimos cinco años, alguna de las personas para las que se esté solicitando seguro ha recibido alguna indicación, diagnóstico, atención o tratamiento médicos, incluidos medicamentos recetados, recomendados o recibidos de un profesional licenciado en el campo de la salud, o ha presentado alguna enfermedad, padecimiento, lesión, problema de salud, síntomas, impedimento físico, cirugía o internamiento en un hospital que se haya relacionado con los siguientes:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 1. SIDA, ARC (complejo relacionado al SIDA), seropositivo (VIH) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 28. Presión arterial alta (de responder "Sí", indique la última medición en la página 6) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. Alcoholismo o dependencia de sustancias químicas o drogas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 29. Riñones/cálculos renales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. Anemia/fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 30. Articulaciones de la rodilla/hombro/cadera/otras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. Apendicitis/dolor crónico del abdomen | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 31. Padecimiento del hígado/hepatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. Espalda/cuello/columna | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 32. Lupus, dolores musculares crónicos, lesión o enfermedad muscular o fibromialgia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. Defecto de nacimiento/deformidades congénitas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 33. a. Trastorno mental/emocional o depresión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. Vejiga/tracto urinario | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | b. Terapia/consejería en los últimos 5 años (de responder "Sí", indique la fecha de la última sesión en la página 6) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. Sangre/circulación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 34. Padecimiento/enfermedad o lesión de tipo neurológico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. Huesos/ortopedia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 35. Flebitis/coágulos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 10. Enfermedad/lesión cerebral o concusión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 36. Osteoartritis/osteoporosis/osteopenia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. Mamas (bultitos o masas) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 37. Próstata/proteína PSA elevada/prostatitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 38. Trastorno del sistema reproductivo/infertilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. Quimioterapia/terapia de radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 39. Padecimiento respiratorio o de los pulmones crónico | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. a. Colon/recto/intestino | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 40. Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b. Sangre en las heces | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 41. Enfermedad(es) de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. Convulsión/ataques/epilepsia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 42. Padecimientos de la piel, lunares anormales o cancerosos o eczema/quistes/cáncer de la piel | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. Diabetes/azúcar en la orina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 43. Apnea del sueño/trastorno crónico del sueño | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 17. Padecimiento/enfermedad/trastorno crónico del oído/nariz/amígdalas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 44. Trastornos estomacales/úlceras/reflujo ácido | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 18. Trastornos alimenticios tales como, aunque no de forma exclusiva, anorexia o bulimia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 45. Derrame cerebral/parálisis/ataques de apoplejía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 19. Enfisema pulmonar/asma/ enfermedad pulmonar crónica (COPD [enfermedad pulmonar obstructiva crónica]) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 46. Tumores | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 20. Sistema endocrino/ glandular/hormonal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 47. TMJ (compromiso articular temporomandibular)/articulación mandibular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 21. Enfermedad o lesión ocular/ catarata/glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 48. Fluctuación de peso (+/-20 libras) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 22. Enfermedad de la vesícula/del páncreas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 49. Cirugía cosmética/implantes, uso de aparatos prostéticos o prótesis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 23. Dolores de cabeza o migrañas crónicos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 24. Corazón/dolor de pecho/angina de pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 25. Hernia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 26. Colesterol alto (de responder "Sí", indique la última medición en la página 6) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 27. Presión arterial alto (de responder "Sí", indique la última medición en la página 6) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

DECLARACIÓN DE SALUD ESTÁNDAR DE OREGÓN
(Formulario estándar según ORS 743.766)

49. ¿Alguna de las personas para las que se esté solicitando seguro ha consumido tabaco, en cualquier forma, en los últimos cinco años? Sí No. Si responde "Sí":

Nombre: _____ Tipo de producto: _____

Nombre: _____ Tipo de producto: _____

Nombre: _____ Tipo de producto: _____

50. Proporcione la información siguiente sobre cada una de las **mujeres** en la solicitud:

Familiar	Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
a. ¿Ha tenido su primera menstruación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. Fecha de su última menstruación				
c. Si han pasado más de 35 días desde (b), explique:				
d. ¿Sangrado excesivo o ausencia del sangrado menstrual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. Si indicó "Sí" en (d), explique:				
Fecha de la última inyección de DEPO Provera				
¿Papanicolaou anormal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna cesárea o aborto natural?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

51. ¿Alguna de las personas para las que se esté solicitando seguro está embarazada? Sí No

De ser así, Nombre: _____ Fecha de parto: _____ / _____ / _____

52. ¿Alguna de las personas para las que se esté solicitando seguro, incluidos los solicitantes varones y dependientes hombres o mujeres, es responsable de algún embarazo en la actualidad? Sí No

De ser así, Nombre: _____ Fecha de parto: _____ / _____ / _____

DECLARACIÓN DE SALUD ESTÁNDAR DE OREGON
(Formulario estándar según ORS 743.766)

53. Proporcione la información siguiente de cada una de las personas para las que se esté solicitando seguro. En los últimos cinco años, ¿alguna de las personas en la solicitud:
- a. ha recibido alguna indicación, diagnóstico, atención o tratamiento médicos, incluidos medicamentos recetados, recomendados o recibidos de un profesional licenciado en el campo de la salud, o ha presentado alguna enfermedad, padecimiento, lesión, problema de salud, síntomas, impedimento físico, cirugía o internamiento en un hospital que no se haya indicado en una pregunta anterior?
 Sí No
 - b. ha padecido de forma crónica tos, fatiga, diarrea o inflamación de los ganglios? Sí No
 - c. ha recibido una recomendación para operarse o para someterse a un procedimiento médico o ha pensado hacerlo, pero todavía no lo ha hecho? Sí No
 - d. ha recibido una cita para ir a ver un proveedor de atención médica? Sí No
 - e. ha tomado medicamentos recetados de forma regular? Sí No

54. Indique todos los medicamentos que tome actualmente la persona para la cual se está solicitando seguro:

Nombre	Medicamentos (frecuencia y dosis OBLIGATORIOS)	Recetado por (Nombre/dirección/teléfono)	Fecha de la receta

DECLARACIÓN DE SALUD ESTÁNDAR DE OREGÓN

(Formulario estándar según ORS 743.766)

Proporcione los detalles específicos a continuación para todas las preguntas a las que haya respondido “sí” en las páginas 3, 4, y 5. Incluya el nombre del asegurado y del solicitante; el número de la pregunta a la que respondió “sí”; el padecimiento, el tratamiento y la fecha; el resultado del tratamiento, incluidos todos los medicamentos; y el nombre, la dirección y el teléfono del médico tratante, así como de cualquier otro proveedor de atención médica, o clínica/hospital.

Proporcione los detalles a continuación para todas las preguntas a las que haya respondido “SÍ” en la página anterior.

DETALLES DEL HISTORIAL CLÍNICO						
Nombre	Número de la pregunta	Fechas de inicio y fin	Padecimiento	Tratamiento Incluidos los medicamentos	Resultado final pendiente o resuelto	Médico tratante/proveedor de atención médica o hospital (Nombre/dirección/teléfono)
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	
					<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R	

De ser necesario, adjunte páginas adicionales. He adjuntado __ página(s). Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor médico que tiene el expediente e historial clínicos actuales.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

ZIP
(Código Postal): _____

DECLARACIÓN DE SALUD ESTÁNDAR DE OREGÓN
(Formulario estándar según ORS 743.766)

Asegúrese de firmar y fechar la solicitud. Si la persona está casada, la firma de su cónyuge es obligatoria. La firma se aplica tanto a la *Certificación de Cumplimiento y Precisión* como a la *Autorización para Divulgar Información*.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y PRECISIÓN

Afirmo que las respuestas que he proporcionado en esta “Declaración de Salud Estándar de Oregon” están completas y son precisas. He proporcionado estas respuestas como parte del trámite de solicitud requerido por esta aseguradora para la inscripción en su cobertura de seguro. Entiendo que si se ha proporcionado intencionalmente información incorrecta en esta solicitud, [insert insurance carrier’s name] puede, durante los primeros dos años de la cobertura, denegar la cobertura, modificar o anular el contrato o tomar cualquier otra acción legal. Asimismo, entiendo que si la información incorrecta constituye fraude, [insert insurance carrier’s name] puede denegar la cobertura, modificar o anular el contrato o tomar cualquier otra acción legal incluso pasados los primeros dos años de la cobertura. Informaré de inmediato a [insert insurance carrier’s name], por escrito, si algo sucede antes de que mi cobertura cobre vigencia que haga que la información que he proporcionado en esta solicitud quede incompleta o sea incorrecta. Entiendo y acepto que la cobertura no cobrará vigencia hasta que sea aprobada por [insert insurance carrier’s name]. De ser aprobada, la cobertura cobrará vigencia en la fecha determinada por [insert insurance carrier’s name]. [Insert insurance carrier’s name] puede comunicarse conmigo para aclarar las respuestas en la presente solicitud. En calidad de solicitante, entiendo que tengo derecho de revisar la información de mi expediente.

Firma del solicitante o de su representante

Fecha

(Firma del cónyuge o del representante de éste, de ser pertinente)

Fecha

AUTORIZACIÓN CONDICIONAL PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

He leído y acepto los términos del documento adjunto titulado “*Notice of Privacy Practices*” (Aviso de Prácticas de Privacidad) que describe cómo la información de índole médica puede emplearse y divulgarse, y cómo puedo yo acceder a tal información.

Firma del solicitante o de su representante

Fecha

(Firma del cónyuge o del representante de éste, de ser pertinente)

Fecha