



## Evaluación Grupal de Riesgos

Nombre del grupo:

### Cuestionario

1. Los Empleados o dependientes cubiertos han consultado un profesional de la salud, recibido algún consejo, o el tratamiento de: (Marque todos los que apliquen y explique abajo)?

SIDA / VIH	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Mental / Emocional	<input type="checkbox"/>
Alcohol / abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Hodgkin/ Linfoma	<input type="checkbox"/>	Distrofia Muscular	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la Sangre	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Sistema nervioso / Muscular	<input type="checkbox"/>
Cáncer (incluir tipo)	<input type="checkbox"/>	Esterilidad	<input type="checkbox"/>	Trastorno de órganos	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	Renal / Urinaria / Riñon	<input type="checkbox"/>	La artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>
Colitis, Diverticulitis, Chron's	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	Sarcoidosis	<input type="checkbox"/>
Fibrosis aústica	<input type="checkbox"/>	Hígado	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Pulmón	<input type="checkbox"/>	Trasplantes	<input type="checkbox"/>
Sistema Digestivo	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>

2. ¿Hay empleados o dependientes actualmente embarazados? Si es así, indique la fecha estimada de parto, complicaciones probables como cesárea, o la anticipación de mas de un nacimiento. Sí  No

3. ¿Los empleados o dependientes (paciente interno o externo) ha sido hospitalizados o tenido cirugía durante los últimos 5 años? Sí  No

4. ¿Algun empleado ha estado ausente del trabajo por mas de dos semanas consecutivas por discapacidad debido a una enfermedad en los últimos 5 años? Sí  No

5. ¿Los empleados o dependientes han sido recomendados someterse en ciertos tratamientos médicos, intervenciones de cirugía, pruebas diagnósticas o hospitalización en los próximos 6 meses? Sí  No

6. ¿Hay empleados o dependientes que reciben beneficios de discapacidad por medio del trabajo, Seguro Social, o Medicare? Sí  No

### Datos Adicionales

Por cada pregunta que respondieron "si", favor de contestar estas preguntas

Pregunta #	Edad y Sexo	Lista la condición, el desorden, o enfermedad	Fechas de cuidado, Primera cita/ Ultima (en caso de embarazo)	Pronóstico / Tratamiento	Condición continua Sí / No	Estado de salud

### Firma

Certifico al mejor de mi conocimiento que la información anterior es verdadera, completa y exacta y reconozco que cualquier cobertura emitida por el Plan será emitido al respecto.

Firma del Empleador	Título	Fecha
Firma del Agente	Agencia	Fecha