

Declaración de Información Médica de Empleado para Grupos de 51 o más



Blue Cross and Blue Shield
of New Mexico

La información que usted proporcionó en esta declaración será mantenida confidencialmente. Ésta será usada por Blue Cross and Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) para evaluar su potencial de riesgo médico.

Nombre: _____

Número de teléfono del trabajo: _____ Número de teléfono particular: _____

Cobertura actual: (Por favor marque uno)

Soltero(a) Empleado + Uno Familia* Empleado + Hijos* *Número de hijos inscritos ____

Empleado: Estatura _____ Peso _____ Fecha de Nacimiento _____

Cónyuge: Estatura _____ Peso _____

A su mejor saber y entender ¿ha usted, o algún dependiente suyo...

1. ...¿realizado reclamos mayores a \$5,000 en los últimos 12 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, especifique: _____

2. ...¿ha tenido o planea tener un transplante de órgano o médula ósea? Sí No
Si la respuesta es sí, especifique: _____

3. ...¿ha padecido o padece actualmente de cáncer, diabetes, SIDA, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o alguna enfermedad cardíaca o del hígado (incluyendo hepatitis) o enfermedad mental crónica? Sí No
Si la respuesta es sí, especifique: _____

4. ...¿ha padecido o padece actualmente de una afección física o mental que pudiese originar un tratamiento, una cirugía u hospitalización? Sí No
Si la respuesta es sí, especifique: _____

5. ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada actualmente? Sí No
Si la respuesta es sí, especifique la fecha de parto y cualquier complicación de la cual usted tenga conocimiento: _____

6. ¿Está usted o alguno de sus dependientes actualmente tomando algún medicamento o ha tomado alguno por un período de 30 días o más durante el último año? Sí No
Si la respuesta es sí, favor de enumerar el (los) medicamentos(s) y afección(es) relacionada(s):

Entiendo que BCBSNM debe obtener información con el propósito de evaluar mi solicitud para seguro médico y que mi autorización es voluntaria. Por lo tanto Yo autorizo a cualquier profesional médico, hospital, clínica u otra organización o persona a revelar a BCBSNM historial médico u otra información relacionada con consejo, cuidado o tratamiento que me haya sido proporcionado a mí o a mis dependientes. Entiendo que Yo soy responsable por el pago de cualquier cargo incurrido por estos récords. Yo entiendo que debo firmar esta autorización para que BCBSNM considere mi solicitud y determine si puede o no ofrecer cobertura y que ninguna acción será tomada en mi solicitud sin mi autorización firmada. Yo entiendo que la información obtenida con mi autorización puede ser revelada nuevamente por BCBSNM según lo permitido por la ley y no será protegido por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que esta autorización es válida a partir de la fecha de la firma y termina ya sea en la fecha cuando mi solicitud sea denegada o cuando termine la cobertura, lo que ocurra al último. Puede que yo revoque esta autorización por escrito en cualquier momento. El revocar una autorización no afecta las acciones tomadas por BCBSNM anteriores al recibo de esta revocación. Yo debo conservar un duplicado de esta autorización.

He respondido a todas las preguntas.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____