Planes asegurados por Rocky Mountain HMO (RMHMO)
o Rocky Mountain HealthCare Options, Inc. (RMHCO)

ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS®
We understand Colorado. We understand you.

Cuestionario de Salud Individual para Empleados de Compañías con Coberturas para Grupos Grandes (incluyendo participantes de COBRA)

Rellene este formulario con tinta negra únicamente.

Nombre del empleado_____ **Nombre de Grupo de Empleador**_____

Por favor, explique cualquier pregunta de la 1 a la 8 que conteste afirmativamente en la TABLA DE DETALLES provista a continuación.	
1. ¿Han incurrido usted o sus dependientes gastos médicos y/o hospitalarios de $5,000 ó más dentro del último período de 12 meses?	☐ Si ☐ No
2. ¿Se encuentra usted actualmente discapacitado para realizar sus tareas laborales a tiempo completo debido a una enfermedad, una lesión, trastornos mentales, o a una discapacidad física?	☐ Si ☐ No
3. ¿Están usted o sus dependientes limitados a permanecer en casa, en un hospital, o en otro centro de tratamiento?	☐ Si ☐ No
4. ¿Están usted o sus dependientes bajo tratamiento continuo debido a una enfermedad, lesión, trastornos mentales, o una discapacidad física por los cuales los gastos médicos exceden de $200 al mes ó $2,500 al año (incluyendo visitas al consultorio, medicaciones, terapia especial, etc.) ?	☐ Si ☐ No
5. Incluyéndoles a usted o sus dependientes, ¿hay alguien actualmente embarazada? En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de nacimiento estimada? _____ Si sí, ¿hay complicaciones o riesgos previstos?	☐ Si ☐ No ☐ Si ☐ No
6. En los cinco años anteriores, ¿usted o sus dependientes han sido diagnosticados o han recibido tratamiento o asesoramiento médico por cáncer, afecciones o trastornos cardíacos, enfermedad pulmonar o trastornos respiratorios, apoplejía, enfermedades de riñón/urinarias, enfermedades de hígado, afecciones neurológicas, dermatosis, diabetes, artritis, trastornos de la espalda/columna vertebral o articulaciones, trastorno cerebral, SIDA/ARC (enfermedades relacionadas con el SIDA), otro tipo de trastornos del sistema inmunológico, abuso de sustancias, alcoholismo, drogadicción, salud mental, o trastorno nervioso?	☐ Si ☐ No
7. ¿Requerirán usted o sus dependientes ser hospitalizados u operados en los próximos 12 meses?	☐ Si ☐ No
8. ¿Le han aconsejado a usted o a sus dependientes someterse a una operación quirúrgica que aún no ha sido realizada?	☐ Si ☐ No

TABLA DE DETALLES: Por favor, presente detalles específicos relacionados con cualquiera de las preguntas que conteste afirmativamente "SÍ" debajo.

Pregunta #	Parentesco con el empleado (individuo/cónyuge/hijo)	Descripción del problema, enfermedad, tratamiento y resultado	Medicaciones	Fecha de tratamiento más reciente	¿Sigue bajo tratamiento?
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No

Entiendo que Rocky Mountain Health Plans tiene el derecho de cesar la cobertura y negar beneficios si cualquier información presentada en este cuestionario de salud, o información de otro modo provista por el suscrito para efectos de inscripción se considera falsa, incompleta, o engañosa en cualquier aspecto material.

Firma del empleado:	Fecha:

MK264-S-R0209Þ

Por favor, explique cualquier pregunta de la 1 a la 8 que conteste afirmativamente en la TABLA DE DETALLES provista a continuación.					
Pregunta #	Parentesco con el empleado (individuo/cónyuge/hijo)	Descripción del problema, enfermedad, tratamiento y resultado	Medicaciones	Fecha de tratamiento más reciente	¿Sigue bajo tratamiento?
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No
					☐ Si ☐ No

Información adicional o detalles no provistos en otro sitio