

NOTA: Antes de enviarle a su empleador esta solicitud completa, usted puede proteger la confidencialidad de su información de salud colocando cinta o grapando la solicitud de manera que las páginas 3, 4 y 5 no sean visibles.



Solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de California (2 a 50 empleados elegibles)

EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE CALIFORNIA, SIEMPRE QUE APAREZCA EL TÉRMINO "CÓNYUGE" SE INTERPRETARÁ TAMBIÉN COMO PAREJA.

La cobertura es proporcionada por las siguientes entidades: Aetna Health of California Inc. para HMO, Aetna Dental of California Inc. para Dental (sólo DMO®) y Aetna Life Insurance Company para todas las demás coberturas.

Número de grupo
Número de seguro social del solicitante

Nombre de la compañía		INSTRUCCIONES: Usted, el empleado, debe completar esta solicitud de inscripción en su totalidad, de lo contrario se le devolverá, lo que retrasará el procesamiento. Usted es el único responsable de que los datos sean exactos y completos. Si se inscribe, asegúrese de firmar y colocar la fecha en el campo "Firma del empleado" en la página 6. Si renuncia a la cobertura, complete las secciones B y "Rechazo/renuncia de cobertura" en la página 6 únicamente.			
Fecha de vigencia	<input type="checkbox"/> Nueva contratación <input type="checkbox"/> Recontratación/reactivación <input type="checkbox"/> Nueva inscripción de grupo <input type="checkbox"/> Inscripción tardía <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo(a) dependiente <input type="checkbox"/> Cambio de cobertura <input type="checkbox"/> Cambio de nombre <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Terminación del empleado <input type="checkbox"/> Retirar cónyuge/hijo dependiente <input type="checkbox"/> Cancelar cobertura	COBRA/Cal-COBRA para <input type="checkbox"/> empleado <input type="checkbox"/> dependiente Duración de la continuación <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> Otra ____ Fecha original del evento calificador _____	
Fecha de contratación				Evento calificador _____	

A. Selección de la cobertura - Por favor completar con letra de imprenta legible y tinta negra.

N.º de control/de grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	Código de clase	N.º de control/de grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan	N.º de control/de grupo	Sufijo	Cuenta	N.º de plan
1. Médica - Marcar una. HMO: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> Con deducible 1000 <input type="checkbox"/> Coinsurance 70% Aetna Value NetworkSM HMO: <input type="checkbox"/> 10/20 <input type="checkbox"/> 20/30 <input type="checkbox"/> 30/40 <input type="checkbox"/> 40/50 Vitalidad Mexico HMO: <input type="checkbox"/> 10 Vitalidad Plus HMO: <input type="checkbox"/> 10/5 <input type="checkbox"/> 30/10 MC: <input type="checkbox"/> 250 90/70 <input type="checkbox"/> 1000 80/50/50 <input type="checkbox"/> 250 80/60 <input type="checkbox"/> 2000 80/50/50 <input type="checkbox"/> 500 80/60 <input type="checkbox"/> 2500 75/50 <input type="checkbox"/> 1000 70/50 <input type="checkbox"/> 3500 65/50 <input type="checkbox"/> 750 80/50/50 <input type="checkbox"/> 10,000 100/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 2000 80/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 3000 90/50 <input type="checkbox"/> HSA HDHP 3500 80/50 <input type="checkbox"/> HRA HDHP 3000 80/50 <input type="checkbox"/> HRA HDHP 5000 80/50 PPO: <input type="checkbox"/> 500 90/70 <input type="checkbox"/> Aetna Indemnity <input type="checkbox"/> Out-of-State				2. Dental - Marcar una (si corresponde). Planes estándares <input type="checkbox"/> 1 - DMO® Access <input type="checkbox"/> 2 - DMO® Plus (Plan 58) <input type="checkbox"/> 3 - Coseguro Freedom-of-Choice <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO Max <input type="checkbox"/> 4 - Freedom-of-Choice Plus: <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> 5 - PPO 1000 Active <input type="checkbox"/> 6 - PPO 1500 <input type="checkbox"/> 7 - PPO 1500 Active <input type="checkbox"/> 8 - PPO 2000 <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO Max Planes voluntarios <input type="checkbox"/> V1 - DMO® Access <input type="checkbox"/> V2 - DMO® Plus (Plan 58) <input type="checkbox"/> V3 - PPO 1000 Active <input type="checkbox"/> V4 - PPO 1500 <input type="checkbox"/> V5 - PPO 1500 Active <input type="checkbox"/> V6 - Coseguro Freedom-of-Choice <input type="checkbox"/> DMO® o <input type="checkbox"/> PPO Max <input type="checkbox"/> Out-of-State PPO Max Antes de hoy, ¿tenía usted cobertura con este plan dental del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				3. De vida <input type="checkbox"/> Seguro de vida básico/AD&D Ultra® <input type="checkbox"/> Seguro de vida opcional para dependiente Designación del beneficiario Nombre completo (primer nombre, segundo nombre, apellido) Número de seguro social del beneficiario Relación que tiene con el empleado Independientemente de si se inscribe en la cobertura o renuncia a ella, debe firmar la página 6 de la solicitud.				

B. Datos del empleado - Debe ser completado por el empleado.

N.º de identificación del miembro de Aetna (si está disponible)	Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Cargo que ocupa	Teléfono de residencia
Dirección de residencia		Apto. N.º	Ciudad, estado
			Código postal
Dirección del trabajo		Ciudad, estado	Código postal
			Teléfono del trabajo
Sueldo:	Primer idioma (opcional)	Número de horas trabajadas por semana	Número de dependientes incluyendo cónyuge
<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> 1099 <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Temporal

C. Personas cubiertas - Lista de personas a quienes usted inscribe o agrega/cambia/retira de la cobertura. De ser necesario, inserte hojas adicionales. Complete la sección D a continuación si tiene dependientes con un apellido diferente del suyo o que vivan en otro domicilio.

AVISO PARA COBERTURA MÉDICA Y DENTAL: Si bien la Federal Patient Protection and Affordable Care Act (ley de protección del paciente y atención accesible) exige cobertura para hijos dependientes de hasta 26 años de edad, es posible que su plan le brinde cobertura para hijos mayores de 26 años. Existen excepciones. Consulte los documentos del plan o comuníquese con el administrador de beneficios.

1. Nombre del empleado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)		Número de seguro social		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lb)	Estado <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado legalmente	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>
2. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)		Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>	
3. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)		Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>	
4. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)		Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>	
5. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)		Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>	
6. Nombre del hijo(a) (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)				Sexo (M/F)		Número de seguro social		Relación <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Altura (ft, in)	Peso (lb)	Elección de cobertura <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> De vida	Número de identificación (ID) del consultorio del PCP	Paciente actual <input type="checkbox"/>	Número de identificación (ID) del consultorio dental (si corresponde)	Paciente actual <input type="checkbox"/>	

D. Datos de los dependientes

Enumere cualquier dependiente de la sección C que viva en otro domicilio.	Nombre:	Motivo:	Dirección:
Si el apellido de alguno de sus dependientes es diferente del suyo, explique las circunstancias.	Nombre:	Motivo:	

Para el seguro de vida para dependiente: Si tiene más de 19 años de edad y es estudiante de tiempo completo, proporcione la siguiente información:

Nombre del hijo	Nombre de la institución educativa	Fecha esperada de graduación	Número de horas crédito

E. Información de Medicare

Nombre de la persona	Medicare Parte A	Medicare Parte B	Medicare Parte D	Más de 65 años	Incapacidad	Fecha efectiva de enfermedad renal en etapa terminal
	<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	<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

F. Otro seguro

¿Alguna de las personas de 19 años de edad o mayor que se inscriben en esta solicitud tiene cobertura previa o actual? Sí No

Se debe incluir prueba de cobertura con esta solicitud para la comprobación de crédito de condiciones preexistentes y en caso de que un empleado esté renunciando a la cobertura. **Entre las formas aceptables de prueba se incluyen estas:**

1. certificado de cobertura comprobable de su compañía de seguros anterior;
2. copia de su tarjeta de identificación (ID) o del recibo de sueldo más reciente que muestre la deducción de su cobertura médica;
3. copia de la factura de la prima médica más reciente de su compañía de seguros anterior.

Si no presenta prueba de cobertura previa, usted o un miembro de su familia de 19 años de edad o mayor puede estar sujeto a la limitación completa de condiciones preexistentes sin crédito por cobertura previa. Puede solicitar un certificado de cobertura comprobable a su compañía de seguros anterior. **NOTA:** Si su plan contiene una estipulación de condiciones preexistentes, la limitación y exclusión de condiciones preexistentes no se aplicará a personas menores de 19 años de edad.

Nombre de la persona cubierta	Compañía de seguros	Número de grupo	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Salud
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

G. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 2 a 10 empleados elegibles (y empleados de grupos que solicitan cobertura de seguro de vida mayor al nivel de emisión garantizada).

Antecedentes médicos de individuos y dependientes. La siguiente información es confidencial y no será enviada ni proporcionada a su empleador.

- TODAS las preguntas deben ser respondidas por usted y por sus dependientes o la solicitud le será devuelta.
- Las solicitudes incompletas pueden retrasar la fecha de vigencia de su cobertura.

En los últimos cinco (5) años, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha consultado, sido examinada o recibido tratamiento de un profesional de la salud por cualquier enfermedad, lesión o condición de salud que se enumera a continuación? Marque todo lo que corresponda.

<p>1. Lesión o enfermedad circulatoria</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Ablación <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Aneurisma <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Angioplastia <input type="checkbox"/> Coágulo sanguíneo <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos <input type="checkbox"/> Bypass <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> ICD	<input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Flebitis <input type="checkbox"/> Úlcera en la piel <input type="checkbox"/> Ataque cerebral <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Nivel alto de triglicéridos <input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Várices <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Trastornos de las válvulas del corazón <input type="checkbox"/> Marcapasos (motivo por el cual se lo colocaron) <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Frecuencia cardíaca irregular
<p>2. Lesión o enfermedad intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> GERD <input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar <input type="checkbox"/> Hernia <input type="checkbox"/> Pólipos <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa <input type="checkbox"/> Bypass gástrico/grapado <input type="checkbox"/> Enfermedades del colon	<input type="checkbox"/> Colostomía <input type="checkbox"/> total o <input type="checkbox"/> parcial <input type="checkbox"/> Ileostomía <input type="checkbox"/> total o <input type="checkbox"/> parcial
<p>3. Lesión o enfermedad renal/urinaria/de la vejiga</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la vejiga <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones <input type="checkbox"/> Enfermedad renal poliquística <input type="checkbox"/> Enfermedades de la próstata	<input type="checkbox"/> Cálculos renales Actuales <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad de cálculos que hayan salido _____ Fecha del último cálculo que haya salido o haya sido eliminado quirúrgicamente _____ <input type="checkbox"/> Diálisis - Fecha de inicio _____	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Pólipos <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal	
<p>4. Lesión o enfermedad respiratoria</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> grave Fecha de la última visita a una sala de emergencias _____ <input type="checkbox"/> Inyecciones - Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Inyecciones - Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> COPD/enfisema - Tratamiento con oxígeno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño: <input type="checkbox"/> CPAP o <input type="checkbox"/> BiPap <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Enfermedades de los pulmones <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Pólipos	<input type="checkbox"/> Sarcoidosis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Fiebre del valle <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Crecimientos <input type="checkbox"/> Quiste	
<p>5. Lesión o enfermedad cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<input type="checkbox"/> Neuroma acústico <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral <input type="checkbox"/> Parálisis <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> ALS/enfermedad de Lou Gehrig	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral/en la cabeza Complicaciones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Migrañas Fecha de la última visita a una sala de emergencias _____ <input type="checkbox"/> Quiste <input type="checkbox"/> Hemiplejía <input type="checkbox"/> Cuadriplejía	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Crecimientos <input type="checkbox"/> Convulsiones/epilepsia Fecha de la última convulsión _____ Fecha de diagnóstico _____	

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I EN LA PÁGINA 6.

G. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 2 a 10 empleados elegibles (y empleados de grupos que solicitan cobertura de seguro de vida mayor al nivel de emisión garantizada) *Continuación*

<p>6. Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> De células basales</td> <td><input type="checkbox"/> Cervical</td> <td><input type="checkbox"/> De próstata</td> <td><input type="checkbox"/> Leucemia</td> <td><input type="checkbox"/> Quirúrgico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> De la vejiga</td> <td><input type="checkbox"/> De colon</td> <td><input type="checkbox"/> De estómago</td> <td><input type="checkbox"/> Linfoma</td> <td><input type="checkbox"/> Quimioterapia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> De la sangre</td> <td><input type="checkbox"/> De ojo</td> <td><input type="checkbox"/> De tiroides</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin</td> <td><input type="checkbox"/> Quimioterapia intravenosa (IV)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> De hueso</td> <td><input type="checkbox"/> De hígado</td> <td><input type="checkbox"/> Testicular</td> <td><input type="checkbox"/> Melanoma</td> <td><input type="checkbox"/> Radioterapia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> De seno</td> <td><input type="checkbox"/> De pulmón</td> <td><input type="checkbox"/> Del sistema linfático</td> <td><input type="checkbox"/> Con metástasis</td> <td><input type="checkbox"/> Etapa _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> De cerebro</td> <td><input type="checkbox"/> De ovario</td> <td><input type="checkbox"/> De esófago</td> <td><input type="checkbox"/> De piel escamocelular</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> De células basales	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> De próstata	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Quirúrgico	<input type="checkbox"/> De la vejiga	<input type="checkbox"/> De colon	<input type="checkbox"/> De estómago	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> De la sangre	<input type="checkbox"/> De ojo	<input type="checkbox"/> De tiroides	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin	<input type="checkbox"/> Quimioterapia intravenosa (IV)	<input type="checkbox"/> De hueso	<input type="checkbox"/> De hígado	<input type="checkbox"/> Testicular	<input type="checkbox"/> Melanoma	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> De seno	<input type="checkbox"/> De pulmón	<input type="checkbox"/> Del sistema linfático	<input type="checkbox"/> Con metástasis	<input type="checkbox"/> Etapa _____	<input type="checkbox"/> De cerebro	<input type="checkbox"/> De ovario	<input type="checkbox"/> De esófago	<input type="checkbox"/> De piel escamocelular			
<input type="checkbox"/> De células basales	<input type="checkbox"/> Cervical	<input type="checkbox"/> De próstata	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Quirúrgico																													
<input type="checkbox"/> De la vejiga	<input type="checkbox"/> De colon	<input type="checkbox"/> De estómago	<input type="checkbox"/> Linfoma	<input type="checkbox"/> Quimioterapia																													
<input type="checkbox"/> De la sangre	<input type="checkbox"/> De ojo	<input type="checkbox"/> De tiroides	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin	<input type="checkbox"/> Quimioterapia intravenosa (IV)																													
<input type="checkbox"/> De hueso	<input type="checkbox"/> De hígado	<input type="checkbox"/> Testicular	<input type="checkbox"/> Melanoma	<input type="checkbox"/> Radioterapia																													
<input type="checkbox"/> De seno	<input type="checkbox"/> De pulmón	<input type="checkbox"/> Del sistema linfático	<input type="checkbox"/> Con metástasis	<input type="checkbox"/> Etapa _____																													
<input type="checkbox"/> De cerebro	<input type="checkbox"/> De ovario	<input type="checkbox"/> De esófago	<input type="checkbox"/> De piel escamocelular																														
<p>7. Enfermedad de salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abuso de alcohol</td> <td><input type="checkbox"/> Autismo</td> <td><input type="checkbox"/> Consumo de marihuana</td> <td><input type="checkbox"/> Consumo de morfina</td> <td><input type="checkbox"/> Depresión maniaca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anorexia</td> <td><input type="checkbox"/> Orientación</td> <td><input type="checkbox"/> Consumo de opio</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno bipolar</td> <td><input type="checkbox"/> Esquizofrenia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ansiedad</td> <td><input type="checkbox"/> Abuso de drogas</td> <td><input type="checkbox"/> Consumo de heroína</td> <td><input type="checkbox"/> Bulimia</td> <td><input type="checkbox"/> Intentos de suicidio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ADD/ADHD</td> <td><input type="checkbox"/> Consumo de cocaína</td> <td><input type="checkbox"/> Consumo de metadona</td> <td><input type="checkbox"/> Depresión</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Consumo de marihuana	<input type="checkbox"/> Consumo de morfina	<input type="checkbox"/> Depresión maniaca	<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Orientación	<input type="checkbox"/> Consumo de opio	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Consumo de heroína	<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Intentos de suicidio	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Consumo de cocaína	<input type="checkbox"/> Consumo de metadona	<input type="checkbox"/> Depresión													
<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Consumo de marihuana	<input type="checkbox"/> Consumo de morfina	<input type="checkbox"/> Depresión maniaca																													
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Orientación	<input type="checkbox"/> Consumo de opio	<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia																													
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas	<input type="checkbox"/> Consumo de heroína	<input type="checkbox"/> Bulimia	<input type="checkbox"/> Intentos de suicidio																													
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Consumo de cocaína	<input type="checkbox"/> Consumo de metadona	<input type="checkbox"/> Depresión																														
<p>8. Lesión o enfermedad reproductiva</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> PAP anormal</td> <td><input type="checkbox"/> Crecimientos</td> <td><input type="checkbox"/> Síndrome de ovarios poliquísticos</td> <td><input type="checkbox"/> STD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades del seno</td> <td><input type="checkbox"/> Infertilidad</td> <td><input type="checkbox"/> Embarazo - Fecha de parto _____</td> <td><input type="checkbox"/> Tumor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Quiste</td> <td><input type="checkbox"/> HPV</td> <td><input type="checkbox"/> Cesárea planificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Pólipos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Endometriosis</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno menstrual</td> <td><input type="checkbox"/> Se espera un nacimiento múltiple (N.º _____)</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fibromas</td> <td><input type="checkbox"/> Quistes ováricos</td> <td><input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/> actuales <input type="checkbox"/> pasadas</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> PAP anormal	<input type="checkbox"/> Crecimientos	<input type="checkbox"/> Síndrome de ovarios poliquísticos	<input type="checkbox"/> STD	<input type="checkbox"/> Enfermedades del seno	<input type="checkbox"/> Infertilidad	<input type="checkbox"/> Embarazo - Fecha de parto _____	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Quiste	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Cesárea planificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pólipos	<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Trastorno menstrual	<input type="checkbox"/> Se espera un nacimiento múltiple (N.º _____)	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Fibromas	<input type="checkbox"/> Quistes ováricos	<input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/> actuales <input type="checkbox"/> pasadas													
<input type="checkbox"/> PAP anormal	<input type="checkbox"/> Crecimientos	<input type="checkbox"/> Síndrome de ovarios poliquísticos	<input type="checkbox"/> STD																														
<input type="checkbox"/> Enfermedades del seno	<input type="checkbox"/> Infertilidad	<input type="checkbox"/> Embarazo - Fecha de parto _____	<input type="checkbox"/> Tumor																														
<input type="checkbox"/> Quiste	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Cesárea planificada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pólipos																														
<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> Trastorno menstrual	<input type="checkbox"/> Se espera un nacimiento múltiple (N.º _____)	<input type="checkbox"/> Otro _____																														
<input type="checkbox"/> Fibromas	<input type="checkbox"/> Quistes ováricos	<input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/> actuales <input type="checkbox"/> pasadas																															
<p>9. Trasplante</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> De hueso</td> <td><input type="checkbox"/> Del corazón</td> <td><input type="checkbox"/> De hígado</td> <td><input type="checkbox"/> Del páncreas</td> <td><input type="checkbox"/> Pendiente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> De médula ósea</td> <td><input type="checkbox"/> De válvula cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> De pulmón (simple)</td> <td><input type="checkbox"/> De piel</td> <td><input type="checkbox"/> En lista de espera</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> De cornea</td> <td><input type="checkbox"/> De intestino</td> <td><input type="checkbox"/> De pulmón (doble)</td> <td><input type="checkbox"/> De célula madre</td> <td><input type="checkbox"/> Recomendado</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> De hueso	<input type="checkbox"/> Del corazón	<input type="checkbox"/> De hígado	<input type="checkbox"/> Del páncreas	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> De médula ósea	<input type="checkbox"/> De válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> De pulmón (simple)	<input type="checkbox"/> De piel	<input type="checkbox"/> En lista de espera	<input type="checkbox"/> De cornea	<input type="checkbox"/> De intestino	<input type="checkbox"/> De pulmón (doble)	<input type="checkbox"/> De célula madre	<input type="checkbox"/> Recomendado																	
<input type="checkbox"/> De hueso	<input type="checkbox"/> Del corazón	<input type="checkbox"/> De hígado	<input type="checkbox"/> Del páncreas	<input type="checkbox"/> Pendiente																													
<input type="checkbox"/> De médula ósea	<input type="checkbox"/> De válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> De pulmón (simple)	<input type="checkbox"/> De piel	<input type="checkbox"/> En lista de espera																													
<input type="checkbox"/> De cornea	<input type="checkbox"/> De intestino	<input type="checkbox"/> De pulmón (doble)	<input type="checkbox"/> De célula madre	<input type="checkbox"/> Recomendado																													
<p>10. Lesión o enfermedad ósea/muscular/articular</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de la espalda/del cuello</td> <td><input type="checkbox"/> Osteoartritis</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de la rodilla</td> <td><input type="checkbox"/> Sustitución articular Lugar _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Implantes del seno</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno congénito</td> <td><input type="checkbox"/> Hombro</td> <td><input type="checkbox"/> Espina bífida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manipulación quiropráctica</td> <td><input type="checkbox"/> Fibromialgia</td> <td><input type="checkbox"/> Distrofia muscular</td> <td><input type="checkbox"/> Desgarro/esguince Lugar _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Terapia física</td> <td><input type="checkbox"/> Gota</td> <td><input type="checkbox"/> Amputación</td> <td><input type="checkbox"/> Dispositivo protésico Parte del cuerpo _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fatiga crónica</td> <td><input type="checkbox"/> Clavijas, tornillos, placas</td> <td><input type="checkbox"/> Fractura Lugar _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano</td> <td><input type="checkbox"/> permanentes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> temporales</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la espalda/del cuello	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la rodilla	<input type="checkbox"/> Sustitución articular Lugar _____	<input type="checkbox"/> Implantes del seno	<input type="checkbox"/> Trastorno congénito	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Espina bífida	<input type="checkbox"/> Manipulación quiropráctica	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Desgarro/esguince Lugar _____	<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Dispositivo protésico Parte del cuerpo _____	<input type="checkbox"/> Fatiga crónica	<input type="checkbox"/> Clavijas, tornillos, placas	<input type="checkbox"/> Fractura Lugar _____		<input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano	<input type="checkbox"/> permanentes			<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> temporales			<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea			
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la espalda/del cuello	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la rodilla	<input type="checkbox"/> Sustitución articular Lugar _____																														
<input type="checkbox"/> Implantes del seno	<input type="checkbox"/> Trastorno congénito	<input type="checkbox"/> Hombro	<input type="checkbox"/> Espina bífida																														
<input type="checkbox"/> Manipulación quiropráctica	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> Desgarro/esguince Lugar _____																														
<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Dispositivo protésico Parte del cuerpo _____																														
<input type="checkbox"/> Fatiga crónica	<input type="checkbox"/> Clavijas, tornillos, placas	<input type="checkbox"/> Fractura Lugar _____																															
<input type="checkbox"/> Síndrome del túnel carpiano	<input type="checkbox"/> permanentes																																
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> temporales																																
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea																																	
<p>11. Trastornos metabólicos/endocrinos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Glándulas suprarrenales</td> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno de glándula pituitaria</td> </tr> <tr> <td>Fecha de diagnóstico _____</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de Gaucher</td> <td><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina</td> <td><input type="checkbox"/> Bocio</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td><input type="checkbox"/> Tumor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Medicación oral</td> <td><input type="checkbox"/> Trastorno de crecimiento</td> <td><input type="checkbox"/> Hipotiroidismo</td> <td><input type="checkbox"/> Crecimientos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de Graves</td> <td><input type="checkbox"/> Hipertiroidismo</td> <td><input type="checkbox"/> Quiste</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de Hashimoto</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Glándulas suprarrenales	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Trastorno de glándula pituitaria	Fecha de diagnóstico _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Gaucher	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides	<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Tumor	<input type="checkbox"/> Medicación oral	<input type="checkbox"/> Trastorno de crecimiento	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Crecimientos	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Graves	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Quiste		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hashimoto	<input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado									
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Glándulas suprarrenales	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Trastorno de glándula pituitaria																														
Fecha de diagnóstico _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Gaucher	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la tiroides																														
<input type="checkbox"/> Dieta <input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Tumor																														
<input type="checkbox"/> Medicación oral	<input type="checkbox"/> Trastorno de crecimiento	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Crecimientos																														
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Graves	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Quiste																														
	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Hashimoto	<input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado																															
<p>12. Enfermedad del sistema inmunológico</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sida</td> <td><input type="checkbox"/> Exposición a la hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> discoide o <input type="checkbox"/> SLE</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Herpes</td> <td><input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia</td> <td><input type="checkbox"/> Esclerodermia</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sida	<input type="checkbox"/> Exposición a la hepatitis	<input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> discoide o <input type="checkbox"/> SLE	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> Esclerodermia																										
<input type="checkbox"/> Sida	<input type="checkbox"/> Exposición a la hepatitis	<input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> discoide o <input type="checkbox"/> SLE																															
<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/> Esclerodermia																															
<p>13. Defectos de nacimiento/anormalidades congénitas</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manchas de nacimiento</td> <td><input type="checkbox"/> Sindactilia (fusión de las membranas de los dedos de las manos o de los pies)</td> <td><input type="checkbox"/> Malformación cardíaca/pulmonar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Parálisis cerebral</td> <td><input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo</td> <td><input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro hasta recibir tratamiento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Paladar hendido/labio leporino</td> <td><input type="checkbox"/> Retraso mental</td> <td><input type="checkbox"/> Deformidad del cráneo/facial u otras deformidades físicas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pie deforme</td> <td><input type="checkbox"/> Síndrome de Down</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Manchas de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sindactilia (fusión de las membranas de los dedos de las manos o de los pies)	<input type="checkbox"/> Malformación cardíaca/pulmonar	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro hasta recibir tratamiento	<input type="checkbox"/> Paladar hendido/labio leporino	<input type="checkbox"/> Retraso mental	<input type="checkbox"/> Deformidad del cráneo/facial u otras deformidades físicas	<input type="checkbox"/> Pie deforme	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down																					
<input type="checkbox"/> Manchas de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sindactilia (fusión de las membranas de los dedos de las manos o de los pies)	<input type="checkbox"/> Malformación cardíaca/pulmonar																															
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro hasta recibir tratamiento																															
<input type="checkbox"/> Paladar hendido/labio leporino	<input type="checkbox"/> Retraso mental	<input type="checkbox"/> Deformidad del cráneo/facial u otras deformidades físicas																															
<input type="checkbox"/> Pie deforme	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down																																
<p>14. Lesión o enfermedad de los ojos/los oídos/la nariz/la piel</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Acné</td> <td><input type="checkbox"/> Infecciones crónicas en los oídos</td> <td><input type="checkbox"/> Glaucoma</td> <td><input type="checkbox"/> Quemaduras: <input type="checkbox"/> 1.º grado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cataratas</td> <td><input type="checkbox"/> Sinusitis crónica</td> <td><input type="checkbox"/> Psoriasis</td> <td><input type="checkbox"/> 2.º grado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eccema</td> <td><input type="checkbox"/> Tabique desviado</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedades de la retina</td> <td><input type="checkbox"/> 3.º grado</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas en los oídos	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Quemaduras: <input type="checkbox"/> 1.º grado	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> 2.º grado	<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Tabique desviado	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la retina	<input type="checkbox"/> 3.º grado																				
<input type="checkbox"/> Acné	<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas en los oídos	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Quemaduras: <input type="checkbox"/> 1.º grado																														
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> Psoriasis	<input type="checkbox"/> 2.º grado																														
<input type="checkbox"/> Eccema	<input type="checkbox"/> Tabique desviado	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la retina	<input type="checkbox"/> 3.º grado																														
<p>15. Medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Actualmente toma medicamentos con receta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dejó de tomar medicamentos con receta en el último año</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Actualmente toma medicamentos con receta	<input type="checkbox"/> Dejó de tomar medicamentos con receta en el último año																														
<input type="checkbox"/> Actualmente toma medicamentos con receta																																	
<input type="checkbox"/> Dejó de tomar medicamentos con receta en el último año																																	

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I EN LA PÁGINA 6.

G. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 2 a 10 empleados elegibles (y empleados de grupos que solicitan cobertura de seguro de vida mayor al nivel de emisión garantizada) Continuación

16. Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Resultados anormales de examen físico o de otro tipo	<input type="checkbox"/> Uso de muletas/andador
	<input type="checkbox"/> Condición o trastorno no mencionados arriba	<input type="checkbox"/> Indemnización a trabajadores por lesiones o enfermedades
	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Exámenes, tratamientos, cirugías que se le indicaron o está considerando realizarse, pero que aún no ha hecho
	<input type="checkbox"/> Quirúrgico	<input type="checkbox"/> Tumor - lugar _____
	<input type="checkbox"/> Inyecciones - motivos _____	<input type="checkbox"/> Crecimientos - lugar _____
	<input type="checkbox"/> Resultados de exámenes pendientes	<input type="checkbox"/> Quiste - lugar _____
	<input type="checkbox"/> Reclamos superiores a los \$5,000 en los último 24 meses	<input type="checkbox"/> Pólipos - lugar _____
	<input type="checkbox"/> Manipulación quiropráctica para mantenimiento	<input type="checkbox"/> Otro _____
	<input type="checkbox"/> Deformación o defecto físico	
	<input type="checkbox"/> Imposibilitado para caminar, uso de silla de ruedas	
17. Tabaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Empleado: <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco para mascar	
	<input type="checkbox"/> Cónyuge: <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco para mascar	

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

H. Cuestionario de salud para grupos que se inscriben con 11 a 50 empleados elegibles (y empleados de grupos que solicitan una cobertura de seguro de vida mayor al nivel de emisión garantizada)

<p>Antecedentes médicos del empleado y dependientes. La siguiente información es confidencial y no será enviada ni proporcionada a su empleador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • TODAS las preguntas deben ser respondidas por usted y por sus dependientes o la solicitud le será devuelta. • Las solicitudes incompletas pueden retrasar la fecha de vigencia de su cobertura. 	
<p>Responda todas las preguntas</p>	
<p>1. En los últimos 5 años, ¿alguna de las personas que solicitan cobertura ha consultado, o ha recibido tratamiento, de un médico, psiquiatra, psicólogo u otro profesional, o ha sido diagnosticada con alguna de las siguientes condiciones o trastornos? (Marque todo lo que corresponda).</p> <p>a. <input type="checkbox"/> Sida</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Infertilidad</p> <p>d. <input type="checkbox"/> Trastornos metabólicos/endocrinos</p> <p>e. <input type="checkbox"/> Del páncreas</p> <p>f. <input type="checkbox"/> Del hígado/hepatitis</p> <p>g. <input type="checkbox"/> Del sistema inmunológico (diferente del VIH)</p> <p>h. <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre</p> <p>i. <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones</p> <p>j. <input type="checkbox"/> Del corazón</p> <p>k. <input type="checkbox"/> Parálisis/paresia</p> <p>l. <input type="checkbox"/> Quistes/tumores/crecimientos</p> <p>m. <input type="checkbox"/> Sistémica o lupus</p> <p>n. <input type="checkbox"/> Pulmonar o respiratoria</p> <p>o. <input type="checkbox"/> Por alcohol o consumo de drogas</p> <p>p. <input type="checkbox"/> Del riñón o de la vejiga/urinaria</p> <p>q. <input type="checkbox"/> Circulatoria/vascular</p> <p>r. <input type="checkbox"/> Digestiva/estomacal/intestinal</p> <p>s. <input type="checkbox"/> Sistema nervioso central</p> <p>t. <input type="checkbox"/> Trastorno de glándula pituitaria/suprarrenal/de crecimiento</p> <p>u. <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento/anomalías congénitas</p> <p>v. <input type="checkbox"/> Artritis/ósea/articular/muscular/dispositivo protésico</p> <p>w. <input type="checkbox"/> Mental/nerviosa/emocional/alimenticia</p> <p>x. <input type="checkbox"/> Ataque cerebral/del cerebro/neurológica</p> <p>y. <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> recomendado <input type="checkbox"/> pendiente <input type="checkbox"/> completo</p> <p>z. <input type="checkbox"/> Se recomendó cirugía o aún no se determinó el tratamiento.</p> <p>aa. <input type="checkbox"/> Cáncer: Tipo: _____ Etapa _____</p> <p>bb. <input type="checkbox"/> Utiliza <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Radiación <input type="checkbox"/> Silla de ruedas</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. ¿Alguna de las mujeres está embarazada en este momento? Si es así, indique la fecha probable de parto _____</p> <p>Marque los casilleros correspondientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Cesárea planificada <input type="checkbox"/> Se espera un nacimiento múltiple (N.º _____)</p> <p><input type="checkbox"/> Complicaciones: <input type="checkbox"/> pasadas o <input type="checkbox"/> actuales</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>3. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura ha realizado gastos médicos superiores a \$5,000 en los últimos 24 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. ¿A alguna de las personas que solicitan cobertura se le recetaron medicamentos durante los últimos 12 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. ¿Alguna de las personas que solicitan cobertura tiene una condición conocida que requiere tratamiento continuo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>6. ¿Consumen usted o su cónyuge productos del tabaco? Si es así, marque los casilleros correspondientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado: <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco para mascar</p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge: <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Tabaco para mascar</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

SI RESPONDIÓ "SÍ" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN I EN LA PÁGINA SIGUIENTE.

I. Cuestionario de salud - Detalles para las respuestas afirmativas de las secciones G o H.

A continuación, incluya más información sobre los casilleros que marcó arriba, en las secciones G o H. (Si necesita más espacio, adjunte una nueva hoja y asegúrese de firmar y poner la fecha en ella).

Pregunta N.º	Nombre de la persona	Condición/diagnóstico	Fecha de inicio	Fecha en que terminó el tratamiento	Nombres de los medicamentos con receta	Dosis	Aún toma el medicamento
							<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
							<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
							<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
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
							<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si agregó hojas adicionales, marque aquí e inserte las hojas antes de sellar esta solicitud de inscripción.

Condiciones de inscripción

AVISO: La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud requieran o utilicen la prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.

En mi nombre y en el de los dependientes nombrados en el reverso, estoy de acuerdo con lo siguiente y lo acepto:

- Reconozco que al inscribirme en los siguientes planes, la cobertura será proporcionada por las siguientes entidades (denominadas en forma colectiva como "Aetna"):
 - Aetna HMO: Aetna Health of California Inc.
 - Aetna Dental DMO: Aetna Dental of California Inc.
 - Coberturas de seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, dental y todas las demás coberturas de salud: Aetna Life Insurance Company.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura, y que no habrá cobertura a menos que y hasta tanto las solicitudes del empleado elegible y la del empleador hayan sido aceptadas y aprobadas por Aetna. Incluso si esta solicitud fuese aprobada, cualquier inexactitud u omisión, **excepto que se trate de factores relacionados con el estado de salud**, puede ocasionar la denegación de reclamos posteriores y la reevaluación de la póliza o mi cobertura conforme a la póliza, a partir de la fecha de vigencia, con motivo de determinar elegibilidad y clasificación. **Para las coberturas de seguro de vida:** entiendo que la fecha de vigencia del seguro para mí o para cualquiera de mis dependientes está sujeta a que yo sea trabajador activo en dicha fecha y que la fecha de vigencia del seguro para cualquiera de mis dependientes también está sujeta a los requisitos del estado de salud de los dependientes correspondientes al plan de beneficios. Además, entiendo que ningún seguro sujeto a prueba de buena salud o de la información médica entrará en vigor hasta que Aetna otorgue su consentimiento por escrito. En el caso del seguro de vida para dependientes, estos son elegibles desde los 14 días de vida hasta que cumplen los 19 años de edad, o hasta que cumplen los 24 si son estudiantes de tiempo completo.
- Entiendo y estoy de acuerdo en que esta solicitud de inscripción puede transmitirse a Aetna o a su agente por parte de mi empleador o su agente. Autorizo a que todo médico, profesional de la salud, hospital u organización para la atención de salud ("Proveedores"), incluyendo farmacias o administradores de la base de datos de beneficios de farmacia, proporcione a Aetna o a su agente información concerniente a la historia médica, historia de utilización de recetas, servicios o tratamientos suministrados a cualquiera de las personas nombradas en esta solicitud de inscripción/cambio, incluso la información sobre salud mental, abuso de sustancias y sida. Adicionalmente autorizo a que Aetna use esta información y la revele a los afiliados, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de terceros, proveedores, consultores y autoridades gubernamentales con jurisdicción cuando sea necesario para mi cuidado o tratamiento, pago de servicios, operación de mi plan de salud o para realizar actividades relacionadas. He analizado los términos de esta autorización con mi cónyuge y con mis dependientes adultos competentes, y he obtenido su consentimiento sobre dichos términos. Entiendo que esta autorización está estipulada conforme a la ley estatal y que no constituye una "autorización" según se define en la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud. Esta autorización es válida durante el plazo de la cobertura y, posteriormente, por el tiempo que permita la ley. Entiendo que me corresponde recibir una copia de esta autorización cuando la solicite y que la fotocopia tiene la misma validez que el original.
- Los documentos del plan determinarán los derechos y las responsabilidades del/de los miembro/s y regirán en caso de conflicto con cualquier comparación de beneficios, resumen u otra descripción del plan.
- Entiendo y acepto que, con excepción de Aetna Rx Home Delivery®, todos los proveedores y prestadores participantes son contratistas independientes, y no son agentes ni empleados de Aetna. Aetna Rx Home Delivery, LLC es una subsidiaria de Aetna Inc. No se puede garantizar la disponibilidad de algún proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambio. La notificación de los cambios se proporcionará de acuerdo con las leyes estatales aplicables.

Continúa en la página 7

Condiciones de inscripción (continuación)

6. Entiendo y acepto que, con algunas de las excepciones descritas en los documentos del plan, los planes HMO y DMO® ofrecen solamente cobertura para los beneficios remitidos y que, para estar cubiertos, los servicios deben ser prestados por un médico de cuidado primario o un dentista de cuidado primario participantes, o por el especialista, hospital, farmacia, dentista u otro proveedor participante, conforme a lo autorizado por la remisión del médico de cuidado primario participante.
7. Entiendo y estoy de acuerdo en que, según se indica en los documentos del plan y al inscribirme para cobertura médica, cualquier condición preexistente de mi cónyuge, dependientes o mía podrá no contar con cobertura durante 6 meses. NOTA: Si su plan contiene una estipulación de condiciones preexistentes, la limitación y exclusión de condiciones preexistentes no se aplicará a personas menores de 19 años de edad.

Declaraciones falsas

8. **Atención, residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que esta solicitud contenga el aviso detallado a continuación.** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Declaro que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber o entender. He leído y estoy de acuerdo con las secciones "Condiciones de inscripción" y "Declaraciones falsas" en esta solicitud de inscripción/cambio para empleados de pequeñas empresas de California (2 a 50 empleados elegibles). Entiendo que, en caso de no firmar y devolver esta solicitud dentro de los 31 días posteriores a mi fecha de elegibilidad, o si por cualquier motivo Aetna no recibiera notificación del pedido de transacción anterior dentro de un período razonable posterior al hecho, mi elegibilidad y la de mis dependientes podría quedar afectada. Soy empleado del empleador que aparece en la página 1 y estoy trabajando a tiempo completo, al menos 30 horas semanales, para este empleador en el lugar usual de trabajo.

INSCRITOS EN PLANES CA HMO - AVISO DE ARBITRAJE OBLIGATORIO: TODA DISPUTA QUE SURJA DE LA MEMBRESÍA AL PLAN DE SALUD, O ESTÉ RELACIONADA CON ESTA, SERÁ DETERMINADA A TRAVÉS DEL ARBITRAJE OBLIGATORIO Y NO POR MEDIO DE UN JUICIO NI RECURRIENDO A UN PROCESO LEGAL, EXCEPTO SEGÚN LO ESTIPULA LA LEY DE CALIFORNIA PARA LA REVISIÓN JUDICIAL DE PROCESOS DE ARBITRAJE. EL ACUERDO DE ARBITRAJE INCLUYE, ENTRE OTRAS, DISPUTAS ASOCIADAS A LA SUPUESTA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL O A LA MALA PRAXIS MÉDICA, ES DECIR, SI ALGUNO DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR ESTE ACUERDO NO FUERA NECESARIO, NO FUERA AUTORIZADO O FUERA BRINDADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE. EL ACUERDO DE PLAN DE SALUD TAMBIÉN LIMITA DETERMINADOS RECURSOS Y PUEDE LIMITAR LA CONCESIÓN DE INDEMNIZACIÓN EJEMPLARIZANTE. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, CONSULTE LA EVIDENCIA DE COBERTURA.

Entiendo que estoy renunciando al derecho constitucional de resolver las disputas en un tribunal ante un jurado y, en su lugar, acepto el uso del arbitraje obligatorio. Esto significa que no podré llevar el caso a juicio en un tribunal. También entiendo que el acuerdo contiene limitaciones con respecto a ciertos recursos y que puede haber limitaciones al cobro de indemnización ejemplarizante.

<input type="checkbox"/> ME INSCRIBO PARA LA COBERTURA: <i>Firma del empleado</i> X	<i>Dirección de correo electrónico del empleado (opcional)</i>	<i>Fecha (mes/día/año)</i>
---	--	----------------------------

Rechazo/Renuncia de cobertura - Debe completarse si un empleado elegible o los miembros elegibles de su familia rechazan o rehúsan la cobertura médica o dental.

Comprendo que soy elegible para solicitar esta cobertura a través de mi empleador; sin embargo, renuncio a la cobertura como se menciona a continuación.

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> De vida	Motivos por los que se rechaza la cobertura (si correspondiera, adjunte frente y dorso de su tarjeta de identificación de salud): <input type="checkbox"/> Estar cubierto por la cobertura de grupo del cónyuge - Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: <hr/> <input type="checkbox"/> Estar inscrito en otro seguro (marque el casillero correspondiente): <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nombre de la compañía de seguros y número de identificación: <hr/> <input type="checkbox"/> Cónyuge está cubierto por la cobertura de grupo del empleador <input type="checkbox"/> No quiero
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> De vida	
<input type="checkbox"/> Hijo(s)	<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> De vida	

Certifico que se me ha dado el derecho de solicitar esta cobertura; sin embargo, decido no inscribirme. Al rechazar esta cobertura de grupo, entiendo que es posible que yo o mis dependientes tengamos que esperar hasta el próximo aniversario del plan para inscribirnos en la cobertura de grupo. Con la inscripción en este plan, las condiciones preexistentes pueden no contar con cobertura durante seis meses. NOTA: Si su plan contiene una estipulación de condiciones preexistentes, la limitación y exclusión de condiciones preexistentes no se aplicará a personas menores de 19 años de edad.

<i>Firma del empleado SÓLO en caso de rechazar la cobertura para el empleado o dependiente(s).</i> <input type="checkbox"/> RECHAZO LA COBERTURA: Firma del empleado X	<i>Fecha (mes/día/año)</i>
---	----------------------------

Aviso escrito del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) sobre la disponibilidad de asistencia lingüística

HMO and DMO-based plans - IMPORTANT: Can you read this form? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this form written in your language. For free help, please call right away at 1-877-287-0117.
Planes basados en DMO y HMO - IMPORTANTE: ¿Puede leer esta solicitud? En caso de no poder leerla, le ofrecemos nuestra ayuda. Esta solicitud también está disponible en su idioma. Para obtener ayuda en forma gratuita, por favor llame al 1-877-287-0117.

Planes tradicionales

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card or 1-877-287-0117. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357 English

Servicios de idiomas sin costo. Puede obtener un intérprete. Le pueden leer documentos y que le envíen algunos en español. Para obtener ayuda, llámenos al número que figura en su tarjeta de identificación o al 1-877-287-0117. Para obtener más ayuda, llame al Departamento de Seguros de CA al 1-800-927-4357. Spanish

免費語言服務。 您可獲得口譯員服務，用中文把文件唸給您聽。欲取得協助，請致電您的保險卡所列的電話號碼，或撥打 1-877-287-0117 與我們聯絡。欲取得其他協助，請致電 1-800-927-4357 與加州保險部聯絡。Chinese

Các Dịch Vụ Trợ Giúp Ngôn Ngữ Miễn Phí. Quý vị có thể được nhận dịch vụ thông dịch và được người khác đọc giúp các tài liệu bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, hãy gọi cho chúng tôi tại số điện thoại ghi trên thẻ hội viên của quý vị hoặc 1-877-287-0117. Để được trợ giúp thêm, xin gọi Sở Bảo Hiểm California tại số 1-800-927-4357. Vietnamese

무료 통역 서비스. 귀하는 한국어 통역 서비스를 받으실 수 있으며 한국어로 서류를 낭독해주는 서비스를 받으실 수 있습니다. 도움이 필요하신 분은 귀하의 ID 카드에 나와있는 안내 전화: 1-877-287-0117번으로 문의해 주십시오. 보다 자세한 사항을 문의하실 분은 캘리포니아 주 보험국, 안내 전화 1-800-927-4357번으로 연락해 주십시오. Korean

Walang Gastos na mga Serbisyo sa Wika. Makakakuha ka ng interpreter o tagasalin at maipababasa mo sa Tagalog ang mga dokumento. Para makakuha ng tulong, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card o sa 1-877-287-0117. Para sa karagdagang tulong, tawagan ang CA Dept. of Insurance sa 1-800-927-4357 Tagalog

Անվճար Լեզվախոս Ծառայություններ: Հոբ կարող էք թարգմանի ձեր բերել և փաստաթղթերը ընթերցել սույն ձեզ համար հայերեն լեզվով: Օգնության համար մեզ զանգահարեք ձեր ինքնության (ID) ստմախ վրա նշված կամ 1-877-287-0117 համարով: Լրացուցիչ օգնության համար 1-800-927-4357 համարով զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրության Բաժանմունք: Armenian

Бесплатные услуги перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, и ваши документы прочтут для вас на русском языке. Если вам требуется помощь, звоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карте, или 1-877-287-0117. Если вам требуется дополнительная помощь, звоните в Департамент страхования штата Калифорния (Department of Insurance) по телефону 1-800-927-4357. Russian

無料の言語サービス 日本語で通訳をご提供し、書類をお読みします。サービスをご希望の方は、IDカード記載の番号または1-877-287-0117までお問い合わせください。更なるお問い合わせは、カリフォルニア州保険庁、1-800-927-4357までご連絡ください。Japanese

خدمات مجاني مربوط به زبان. میتوانید از خدمات یک مترجم شفاهی استفاده کنید و بگوئید مدارک به زبان فارسی برایتان خوانده شوند. برای دریافت کمک، با ما از طریق شماره تلفنی که روی کارت شناسایی شما قید شده است و یا این شماره 1-877-287-0117 تماس بگیرید. برای دریافت کمک بیشتر، به CA Dept. of Insurance (اداره بیمه کالیفرنیا) به شماره 1-800-927-4357 تلفن کنید. Persian

ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸੇਵਾਵਾਂ: ਤੁਸੀਂ ਦੁਬਾਰਾ ਈਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸੁਣ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਕੁਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਭੇਜੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਮਦਦ ਲਈ, ਤੁਹਾਡੇ ਆਈਡੀ (ID) ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਜਾਂ 1-877-287-0117 'ਤੇ ਸਾਨ ਫ਼ਨ ਕਰੋ। ਵਧੇਰ ਮਦਦ ਲਈ ਕੋਲੀਫੋਰਨੀਆ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਇਨਸ਼ੂਰੈਂਸ ਨੂੰ 1-800-927-4357 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। Punjabi

សេវាកម្មភាសាឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសា និងអានឯកសារជូនអ្នកជា ភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខដែលមាន បង្ហាញលើប័ណ្ណសំគាល់ខ្លួនរបស់អ្នក ឬលេខ 1-877-287-0117 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា តាមលេខ 1-800-927-4357 Khmer

خدمات ترجمة بدون تكلفة. يمكنك الحصول على مترجم وقرأة الوثائق لك باللغة العربية. للحصول على المساعدة، اتصل بنا على الرقم المبين على بطاقة عضويتك أو على الرقم 1-877-287-0117. للحصول على المزيد من المعلومات، اتصل بإدارة التأمين لولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-927-4357 Arabic

Cov Kev Pab Txhais Lus Tsis Them Nqi. Koj yuav thov tau kom muaj neeg los txhais lus rau koj thiab kom neeg nyeem cov ntawv ua lus Hmoob. Yog xav tau kev pab, hu rau pab ntawm tus xov tooj nyob hauv koj daim yuaj ID los sis 1-877-287-0117. Yog xav tau kev pab ntxiv hu rau CA lub Caj Meem Fai Muab Kev Tuav Pov Hwm ntawm 1-800-927-4357 Hmong