



FREEDOM CLAIMS MANAGEMENT, INC.

PO Box 1365, Great Bend, KS 67530

866-792-9151

www.freedomclaimsinc.com

NOMBRE DE LA COMPANIA: _____

LLENE ESTA FORMA POR ENTERO Y PONGALA EN EL SOBRE QUE SE LE HA PROHEVIDO Y DESELA AL REPRESENTANTE DESIGNADO EN SU TRABAJO. ESTA INFORMACION CONTIENE "INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA" Y TIENE QUE MANTENERSE EN CONFIDENCIA. ESTA INFORMACION SE USRA SOLAMENTE CON EL PROPOSITO DE OBTENER COTIZACIONES EN REFERENCIA A SEGUROS DE SALUD.

TRABAJADOR:

PRIMER NOMBRE	INICIAL	APEIDO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO:			
NUMERO Y CALLE			
CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	
TELEFONO:			MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINA: <input type="checkbox"/>
DE CASA		DE TRABAJO	
ESTADO CIVIL:	SOLTERO/A: <input type="checkbox"/>	CASADO/A: <input type="checkbox"/>	

DEPENDIENTES:

NOMBRE DE DEPENDIENTES	SEGURO SOCIAL	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	CUANTO PESA	ESTATURA

INFORMACION SOBRE SU SALUD:

ES MUY IMPORTANTE: QUE DE INFORMACION CORRECTA SOBRE SU SALUD, DAR INFORMACION INCORRECTA PUEDE CAUSAR QUE SU APLICACION SEA NEGADA O NULA.

HAY ALGUIEN EN ESTA APLICACION:

QUE ESTE EMBARAZA? SI ___ NO __, SI LA RESPUESTA ES "SI" EN QUE FECHA SE ALIVIA _____

ESTAN TOMANDO MEDICAMENTO POR ORDEN MEDICA? SI ___ NO ___

NOMBRE DEL FAMILIAR	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NOMBRE DEL DOCTOR

AGREGUE OTRA HOJA SI NECESITA PONER MAS INFORMACION

HAY ALGUNA PERSONA INCAPASITADO/A QUE NO PUEDA TRABAJAR YA SEA POR RAZONES DE SALUD O POR EDAD AVANZADA? SI___ NO___

NOMBRE _____

FECHA EN QUE OCURRIO LA INCAPASITACION _____

HAY ALGUIEN EN ESTE FORMULARIO QUE AHIGA SIDO DIAGNOSTICADO CON EL "SIDA" O ENFERMEDADES RELACIONADAS: SI___ NO___

EN LOS ULTIMOS CINCO (5) ANOS, HAY ALQUIEN AL CUAL SE LE AHIGA DICHO QUE NECESITA SURIGIA O HA TENIDO EXAMENES QUE NO AHIGAN SIDO TERMINADOS? SI___ NO___

MIEMBRO DE FAMILIA	SIRUGIA O EXAMENES	QUE TRATAMIENTO LE DIERON	NOMBRE DEL DOCTOR

EN LOS ULTIMOS 10 (DIEZ) ANOS, ALGUNO DE LOS NOMBRADO EN ESTE FORMULARIO HAN SIDO ASESORADOS O TRATADOS POR:

ENFERMEDADES DEL CORAZON EMBOLIOS, PROBLEMAS DE LA CIRCULACION, ALTA O BAJA PRESION DE LA SANGRE	SI/NO	DOLORES DE CABEZA	SI/NO
DIABETES, TEJIDOS CONJUCTIVO	SI/NO	ATAQUES EPILEPTICOS	SI/NO
ALERGIAS, ASMA, SINUSITIS, ENFESIMA, PROBLEMAS CON LA NARIZ, PROBLEMAS CON EL PULMON	SI/NO	HERNIAS, PROBLEMAS DEL RECTO	SI/NO
ULCERAS, PROBLEMAS DEL ESTOMAGO, PROBLEMAS CON EL INTESTINO	SI/NO	PROBLEMAS CON ALCOHOL, DROGAS (SE LE HA RECOMENDADO QUE DISMINUYA EL USO DEL ALCOHOL O DROGAS)	SI/NO
CANCER, TUMORES O CRECIMIENTOS ABNORMALES	SI/NO	ANEMIA, PROBLEMAS CON LA SANGRE	SI/NO
PROBLEMAS CON LOS OIDOS, LA PIEL, PROBLEMAS CON SUS OJOS	SI/NO	ARTRITIS, PROBLEMAS CON LA ESPALDA O COYONTURAS	SI/NO
PROBLEMAS DEL SISTEMA NERVIOSO PROBLEMAS SICOLOGICOS, PROBLEMAS DE DEFICIENCIA DE ATENCION	SI/NO	PROBLEMAS CON EL HIGADO	SI/NO
PROBLEMAS CON LA MENSTRUACION (REGLA) PROBLEMAS GYNECOLOGOS PROBLEMAS CON INFERTILIDAD	SI/NO	PROBLEMAS DEL RINON, BEJIGA O O LA PROSTATA	SI/NO
PROBLEMAS CON LA TAIROIDE, PROBLEMAS CON LAS GLANDULAS ADRENALES, PROBLEMAS CON ALARGAMIENTO	SI/NO		

HE CONTESTADO TODAS LA PREGUNTAS CON SINCERIDAD (LA VERDAD).

TAMBIEN DOY AUTORIZACION A DOCTORES, PRACTICANTES MEDICOS, HOSPITALES, CLINICAS, A LOS QUE ESTEN RELACIONADOS CON LA CLASE MEDICA, ASEGURANSAS, AL DEPARTAMENTO DE INFORMACION MEDICA, A INSTITUCIONES O PERSONAS QUE TENGAN ACCESO A LA HISTORIA MEDICA DE MI FAMILIA, A FREEDOM CLAIMS MANAGEMENT, INC. A TAL INFORMACION. COPIA FOTOGRAFICA DE ESTA AUTORIZACION SERA VALIDA AL IGUAL QUE LA ORIGINAL DE ESTA FECHA DURANTE UN AÑO.

FIRMA DEL APLICANTE INTERESADO

FECHA