

religión, situación económica o incapacidad?

EN CASO DE EMERGENCIA, ¿A QUIÉN DEBEMOS CONTACTAR?

| | | | |
|----------------|---------|------------------|---------|
| Nombre | | Parentesco | |
| Dirección | | | |
| Teléfono (día) | () | Teléfono (noche) | () |

SU HISTORIAL MÉDICO

1a. ¿Padece usted de alguno de los siguientes problemas de salud? *Marque todos los que apliquen.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Presión alta (hipertensión) |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Infarto cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales o estreñimiento | <input type="checkbox"/> Problemas urinarios (vejiga) |
| <input type="checkbox"/> Fallo congestivo del corazón (fallo cardíaco) | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto (hiperlipidemia) | <input type="checkbox"/> Triglicéridos altos |
| <input type="checkbox"/> HIV/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas de circulación |
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones de salud (especifique) _____ | |

1b. ¿Es usted alérgico a alguna de las siguientes? *Marque todas las que apliquen.*

- Aspirina Penicilina Sulfa Otras (especifique) _____

2. ¿Recibe usted regularmente alguno de estos tratamientos especiales?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inyecciones | <input type="checkbox"/> Alimentación por tubo |
| <input type="checkbox"/> Cambio de vendajes | <input type="checkbox"/> Quimioterapia de Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de traqueotomía | <input type="checkbox"/> Cuidado de catéter |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de Ostomía <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno _____ | |

3. Enumere los medicamentos que usted utiliza actualmente:

| Nombre del Medicamento | ¿Para qué condición de salud? |
|------------------------|-------------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

SU HISTORIAL MÉDICO (continuado)

4. Durante los pasados 12 meses, ¿ha recibido usted alguno de los siguientes servicios de cuidado de salud?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado hospitalario | <input type="checkbox"/> Cuidado de emergencia | <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Asilo o facilidad de convalecencia | <input type="checkbox"/> Tratamiento por terapeuta (físico, ocupacional o del habla) | <input type="checkbox"/> Trabajador Social |
| <input type="checkbox"/> Servicios de visitas de enfermeras | <input type="checkbox"/> Ama de llaves | <input type="checkbox"/> Ayuda para transportación |
| <input type="checkbox"/> Cuidado diurno para adultos | <input type="checkbox"/> Otro | |
-

5. Por causa de incapacidad o problema de salud, ¿necesita usted ayuda con alguno de los siguientes?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Utilizar el inodoro | <input type="checkbox"/> Bañarse | <input type="checkbox"/> Vestirse |
| <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Caminar | <input type="checkbox"/> Levantarse de la cama |
| <input type="checkbox"/> Preparar alimentos | <input type="checkbox"/> Realizar compra de alimentos | <input type="checkbox"/> Realizar tareas del hogar |
| <input type="checkbox"/> Administrar dinero | <input type="checkbox"/> Tomar medicamentos | <input type="checkbox"/> Utilizar el teléfono |
| <input type="checkbox"/> Usar silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Otro | |
-
-

6. Comparado con otras personas de su edad, ¿cómo clasificaría su salud? *Marque sólo una.*

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Pobre |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|

7. ¿Cuál es su estado de vivienda actual?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vive solo(a) | <input type="checkbox"/> Vive con su cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Vive con hijos | <input type="checkbox"/> Vive con otro(s) familiar(es) |

8. ¿Existe algún otro dato que usted desea que nosotros conozcamos sobre usted?

Por favor, continúe al dorso →

¿Existe algún otro dato que usted desea que nosotros conozcamos sobre usted? (continuado)

Certifico que la información provista es veraz, completa y precisa.

X _____
Su firma Fecha

Si el asegurado no puede firmar, el tutor legal o representante autorizado debe firmar la próxima línea.

X _____
Firma del tutor legal o representante autorizado, si aplica. Fecha

Si alguien ayudó al asegurado a completar este formulario, con excepción del tutor legal o representante autorizado, la persona deberá firmar en la siguiente línea.

X _____
Firma de la persona que ayudó a completar el formulario Relación con el asegurado Fecha

Favor de devolver el formulario a:

Triple-S Salud
Departamento de Servicio al Cliente
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar éste formulario, llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al:

(787) 774-6083 (Metro)
1 (800) 510-0722 (Libre de cargos, Isla)
TTY (787) 749-4059 (Metro)
1 (800) 383-4457 (Libre de cargos, Isla)