

# Formulario Enmienda en Solicitud o Cambio de Información

Este formulario de enmienda complementa la solicitud previamente enviada a Best Doctors S.A Empresa de Medicina Prepagada con el fin proveer información faltante y/o clarifica la información sobre el solicitante y sus dependientes

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S), NOMBRE(S)

NÚMERO DE CONTRATO

## INFORMACIÓN GENERAL DE CAMBIOS

Estado Civil

Forma de Pago

Cambio de Peso

Estatura

Endoso de Trasplante de Órganos  
(Completar todos los Endosos)

Opción \*

Elite Navigator

Plan \*

E-mail

Nombre /Apellido Nuevo

Otros

\* Solo aplica a cambio en disminución de beneficios

## INFORMACIÓN DEL INTEGRANTE DEL PLAN DE SALUD

1. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

FECHA DE NACIMIENTO  
(MM/DD/AAAA)

EXCLUSIÓN INTEGRANTE

KG LB

M PIES

RELACIÓN

PESO

ESTATURA

1. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

FECHA DE NACIMIENTO  
(MM/DD/AAAA)

EXCLUSIÓN INTEGRANTE

KG LB

M PIES

RELACIÓN

PESO

ESTATURA

1. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

FECHA DE NACIMIENTO  
(MM/DD/AAAA)

EXCLUSIÓN INTEGRANTE

KG LB

M PIES

RELACIÓN

PESO

ESTATURA

Si usted está excluyendo a un miembro familiar, indicar la razón:

## INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA ANTERIOR

¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional? **Si respondió 'SÍ'**, por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan y el comprobante del último pago.

¿Ha sido alguna solicitud de cobertura médica o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una cuota mayor que las tarifas estándar de la compañía para cualquiera de los solicitantes? **Si respondió 'SÍ'**, por favor adjunte detalles.

Marcar SI o NO en la(s) preguntas del endoso de acuerdo la sección en la solicitud de cobertura médica que no contesto o desea enmendar.

Endoso 1  Endoso 2  Endoso 3  Endoso 4

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

# Formulario Enmienda en Solicitud o Cambio de Información

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
APELLIDO(S), NOMBRE(S)

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CONTRATO

### ENDOSO 1

### HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes cardíacos, cáncer o enfermedad congénita o hereditaria? **Si respondió 'Sí'**, por favor explicar.

_____ SOLICITANTE	_____ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	_____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA
_____ SOLICITANTE	_____ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	_____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA
_____ SOLICITANTE	_____ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	_____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA

### HÁBITOS

¿Usted o alguno de sus dependientes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales? **Si respondió 'Sí'**, por favor explicar.

_____ SOLICITANTE	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual _____ CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE - HASTA)
_____ SOLICITANTE	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual _____ CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE - HASTA)
_____ SOLICITANTE	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual _____ CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE - HASTA)

### MÉDICOS PERSONALES Y EXÁMENES DE RUTINA

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista? **Si respondió 'Sí'**, por favor proporcionar la siguiente información.

_____ SOLICITANTE	_____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	_____ TELÉFONO
_____ SOLICITANTE	_____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	_____ TELÉFONO
_____ SOLICITANTE	_____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	_____ TELÉFONO

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos 5 años? **Si respondió 'Sí'**, por favor proporcionar la siguiente información.

_____ SOLICITANTE	_____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)
_____ SOLICITANTE	_____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)
_____ SOLICITANTE	_____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA (MM/DD/AAAA)

# Formulario Enmienda en Solicitud o Cambio de Información

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APPELLIDO(S), NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CONTRATO \_\_\_\_\_

### ENDOSO 2

**SECCIÓN A:** Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido en cualquier momento de su vida o padece de alguna de las siguientes enfermedades y/o condiciones?:

- S  N a) Cáncer, tumores malignos o tumores benignos. **Si respondió 'Sí'**, indique el tipo \_\_\_\_\_
- S  N b) Alguna condición médica que haya requerido cirugía y/o algún procedimiento quirúrgico?. **Si respondió 'Sí'**, indique diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_
- S  N c) Cálculos en los riñones, alteración en los riñones o en la vejiga, frecuencia urinaria o ardor
- S  N d) Bocio, alteración en la tiroides, diabetes
- S  N e) Epilepsia, parálisis, enfermedades mentales o nerviosas, alcoholismo, migrañas
- S  N f) Adicción a drogas por las cuales dicha persona ha sido tratada u hospitalizada
- S  N g) Alteración de la vesícula, hernia, alteración del estómago o los intestinos, úlceras, hemorroides, alteración de hígado
- S  N h) Cataratas u otra alteración en los ojos, problemas de los oídos
- S  N i) Tuberculosis, enfermedades pulmonares, asma o bronquitis, sinusitis, tos crónica y padecimiento de la garganta
- S  N j) Artritis, reumatismo, trastornos de las articulaciones, padecimiento en la columna vertebral, gota
- S  N k) Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, anemia, fiebre reumática, trastornos de coagulación, hemofilia, flebitis, trombosis, dolor del pecho, angina, aneurisma
- S  N l) Femenino: alteraciones menstruales o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedad de las mamas
- S  N m) Femenino: Actualmente embarazada (Fecha de Parto) (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_
- S  N n) Número de: Embarazos \_\_\_\_\_ Partos Normales \_\_\_\_\_ Partos Cesárea \_\_\_\_\_  
Abortos \_\_\_\_\_ Motivo de Cesárea \_\_\_\_\_
- S  N o) Femenino: Complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento, enfermedad congénita o hereditaria
- S  N p) Masculino: Alteraciones de la próstata, enfermedades transmitidas sexualmente
- S  N q) SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida) Complejo Relacionado al SIDA (CRS)
- S  N r) Dermatitis o enfermedades de la piel u otro problema de la piel
- S  N s) Desviación del tabique nasal, sinusitis, pólipos u otro trastorno de la nariz
- S  N t) Defectos de nacimiento o anomalías congénitas, retraso en el desarrollo, síndrome de Down, malformaciones del corazón/pulmón/riñón
- S  N u) ¿Algún solicitante es candidato o receptor para un trasplante de órgano, médula ósea o células madres?
- S  N v) ¿Algún solicitante es candidato o receptor para prótesis, clavija, tornillos, clavos, alambre, placa ósea/articular?

FIRMA DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

FECHA (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

# Formulario Enmienda en Solicitud o Cambio de Información

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
APELLIDO(S), NOMBRE(S)

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CONTRATO

### ENDOSO 3

**SECCIÓN B:** ¿Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que durante los últimos cinco (5) años?:

- a) ¿Haya consultado a un médico u otro proveedor para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A?
- b) ¿Haya tenido alguna alteración en su salud o síntoma que no haya sido mencionado en la Sección A o en la pregunta (a) de esta Sección por lo cual haya o no consultado a un médico?
- c) ¿Haya tomado o toma regularmente alguna medicina? **En caso afirmativo**, indique:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA MEDICINA Y LA DOSIS DIARIA

\_\_\_\_\_  
COSTO MENSUAL

\_\_\_\_\_  
FECHA DE SU ÚLTIMO CHEQUEO  
MÉDICO (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL MÉDICO

- d) ¿Alguna persona nombrada en esta solicitud ha disminuido o aumentado de peso en los últimos 12 meses? **En caso afirmativo**, indique:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
¿CUANTO?

\_\_\_\_\_  
¿QUÉ OCASIONÓ EL CAMBIO DE PESO?

**Si Usted ha indicado Sí en alguna parte de la Sección, por favor provea información completa en la sección C (Endoso 4).**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA (MM/DD/AAAA)

# Formulario Enmienda en Solicitud o Cambio de Información

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
APELLIDO(S), NOMBRE(S)

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE CONTRATO

### ENDOSO 4

**SECCIÓN C:** Si Usted ha indicado **Sí** en alguna parte de la Sección A o B, por favor provea información completa en esta sección y adjunte el reporte médico (puede utilizar una página adicional si requiere más espacio).

\_\_\_\_\_  
1. NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

\_\_\_\_\_  
FECHA (DESDE/HASTA)

\_\_\_\_\_  
2. NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

\_\_\_\_\_  
FECHA (DESDE/HASTA)

\_\_\_\_\_  
3. NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

\_\_\_\_\_  
FECHA (DESDE/HASTA)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA (MM/DD/AAAA)