



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
www.culinaryhealthfund.org

# OPEN ENROLLMENT FORM

## PARTICIPANT INFORMATION

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):			
		MARITAL STATUS: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> DIVORCED/SEPARATED	
DOB:	SSN:	SEX: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		LANGUAGE PREFERENCE: <input type="checkbox"/> ENGLISH <input type="checkbox"/> SPANISH <input type="checkbox"/> OTHER _____	
		NAME OF THE COMPANY:	
TELEPHONE:		POSITION:	
EMAIL:		DATE OF HIRE: ____/____/____	LOCAL UNION:

## SPOUSE INFORMATION (You must provide original or certified marriage certificate. In the event of divorce you must notify the Culinary Health Fund.)

LAST NAME	FIRST NAME - MIDDLE INITIAL	DATE OF BIRTH	GENDER	SSN	DATE OF MARRIAGE:
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		
SPOUSE WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			EMPLOYER NAME:		
IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____			

## DEPENDENT INFORMATION (You must provide original or certified copy of birth certificate[s].)

LAST NAME	FIRST NAME - MIDDLE INITIAL	DATE OF BIRTH	GENDER	SSN	ADULT CHILD (19 or older)?
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

## ADULT DEPENDENT INFORMATION (Fill out the following for any adult dependent 19 or older.)

NAME:			
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		EMPLOYER NAME:	
IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____	
SIGNATURE:			

NAME:			
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		EMPLOYER NAME:	
IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____	
SIGNATURE:			

NAME:			
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		EMPLOYER NAME:	
IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____	
SIGNATURE:			

NAME:			
ADULT DEPENDENT WORKS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		EMPLOYER NAME:	
IS INSURANCE OFFERED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	IF YES, INSURANCE TYPE: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> FAMILY	IF NO, REASON: <input type="checkbox"/> INSURANCE NOT OFFERED <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NOT ENROLLED <input type="checkbox"/> PART TIME EMPLOYEE <input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE ELIGIBLE ____/____/____	
SIGNATURE:			

## OTHER INSURANCE INFORMATION (List any other insurance including Medicare/Medicaid.)

PERSON(S) COVERED	OTHER INSURANCE NAME	EFFECTIVE DATE	POLICY NUMBER	INSURANCE TYPE
				<input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> FAMILY
				<input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> FAMILY

## CONSENT INFORMATION:

By my signature below, I acknowledge that the Culinary Health Fund and its authorized agents may use and disclose health information for purpose related to evaluating, processing and reviewing my claims or my dependent's claims, and I consent to the disclosure of information requested by the Culinary Health Fund by any medical professional, hospital or other medical-care institution, insurance support organization, pharmacy, government agency, insurance company, group policyholder, employer or benefit plan Administrator.

This consent will be valid for the entire period of my eligibility and my dependent's eligibility under the Culinary Health Fund's plan of benefits.

I understand and agree that any intentional omissions or incorrect statements made on this form may result in the termination of my and/or my dependents health benefits.

I hereby certify that all information provided on this form is accurate and complete to the best of my knowledge.

Participant's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



1901 Las Vegas Blvd. So. Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
www.culinaryhealthfund.org

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEG. INIC.):	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/SEPARADO	
FECHA DE NACIMIENTO:	SSN:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
IDIOMA PREFERIDO: <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> OTRO _____	
DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:	
POSICIÓN:	
TELÉFONO:	FECHA DE CONTRATACIÓN: ____/____/____
CORREO ELECTRÓNICO:	UNIÓN LOCAL:

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (Debe presentar original o copia certificada del acta de matrimonio. En caso de divorcio debe notificar al Culinary Health Fund.)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE – SEGUNDA INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	SSN	FECHA DE MATRIMONIO:
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		
¿EL CÓNYUGE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL EMPLEADOR:		
¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI SÍ, TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR	SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE ____/____/____			

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (Debe presentar original o copia certificada de las actas de nacimiento.)

APELLIDO	PRIMER NOMBRE – SEGUNDA INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	SSN	¿HIJO ADULTO (19 años o mayor)?
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE ADULTO (Llene los siguientes espacios si tiene dependientes adultos de 19 años o mayores.)

NOMBRE:	
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL EMPLEADOR:
¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI SÍ, TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE ____/____/____	
FIRMA:	

NOMBRE:	
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL EMPLEADOR:
¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI SÍ, TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE ____/____/____	
FIRMA:	

NOMBRE:	
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL EMPLEADOR:
¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI SÍ, TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE ____/____/____	
FIRMA:	

NOMBRE:	
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DEL EMPLEADOR:
¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI SÍ, TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
SI NO, RAZÓN: <input type="checkbox"/> NO SE OFRECE SEGURO MÉDICO <input type="checkbox"/> ELIGIBLE NO INSCRITO <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> NUEVO EMPLEADO ELEGIBLE ____/____/____	
FIRMA:	

INFORMACIÓN DE SEGUROS ADICIONALES (Proporcione otros seguros médicos incluyendo Medicare/Medicaid.)

PERSONA(S) CUBIERTA(S)	NOMBRE DEL SEGURO ADICIONAL	FECHA EFECTIVA	NÚMERO DE PÓLIZA	TIPO DE SEGURO
				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR
				<input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Al firmar abajo reconozco que el Culinary Health Fund y sus agentes autorizados pueden hacer uso y revelar la información de salud por motivos relacionados con evaluar, procesar y revisar mi reclamo o el reclamo de mis dependientes, y doy consentimiento para la divulgación de información requerida por el Culinary Health Fund, por un profesional médico, hospital u otra institución de cuidado médico, organización de apoyo a un seguro, farmacia, agencia gubernamental, compañía de seguro, grupo asegurado, empleador, o administrador del plan de beneficios.

Este consentimiento será válido por el periodo de mi elegibilidad y la de mis dependientes bajo el plan de beneficios del Culinary Health Fund.

Entiendo y acepto que cualquier información incorrecta u omisión intencional proporcionada en este formulario puede resultar en la terminación de mis beneficios y los de mis dependientes.

Por la presente certifico que la información proporcionada en este formulario es completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Culinary Health Fund (UNITE HERE HEALTH)**  
**PLAN 150 LIFE INSURANCE BENEFICIARY DESIGNATION FORM**

*1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
www.culinaryhealthfund.org*

**PARTICIPANT/INSURED INFORMATION:**

FULL NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	GENDER: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	SSN:
ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:		
TELEPHONE:	EMAIL:	

**PRIMARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES**

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

**SECONDARY LIFE INSURANCE BENEFICIARIES**

(Please list who you want to receive your life insurance benefit in the event that your primary beneficiary[ies] listed above do not survive you.)

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE):		SSN (if available):
DOB (MONTH/DAY/YEAR):	RELATIONSHIP:	SHARE OF BENEFIT: %
ADDRESS:		TELEPHONE:

The amount of all shares must total 100%. If you name more than one beneficiary, but do not indicate the percent each beneficiary is to receive, the total amount paid will be divided equally amongst all surviving beneficiaries. If you name more than one primary beneficiary and one of them predeceases you, his or her share will be divided equally among the beneficiaries that survive you, unless you indicate otherwise. The same rule applies to your secondary beneficiaries.

Coverage is dependent upon the Plan's eligibility requirements and all Plan benefits are subject to the rules adopted by the Board of Trustees of the UNITE HERE HEALTH Fund. This form replaces all previous beneficiary designations. It must be signed and dated to be valid, and shall not become effective until received by the Culinary Health Fund Office.

Participant's/Insured's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Date Recorded (For Office Use Only)

RETURN COMPLETED FORM TO:

CULINARY HEALTH FUND  
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107  
LAS VEGAS, NV 89104-1309  
(702) 733-9938



**Culinary Health Fund (UNITE HERE HEALTH)**  
**FORMULARIO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**  
**PARA EL SEGURO DE VIDA DEL PLAN 150**

*1901 Las Vegas Blvd. South Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
www.culinaryhealthfund.org*

<b>NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):</b>	<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	<b>SSN:</b>
<b>DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:</b>		
<b>TELÉFONO:</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	

**BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA**

<b>NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):</b>		<b>SSN (si disponible):</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):</b>	<b>RELACIÓN:</b>	<b>PORCIÓN DEL BENEFICIO:</b> %
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>TELÉFONO:</b>

<b>NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):</b>		<b>SSN (si disponible):</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):</b>	<b>RELACIÓN:</b>	<b>PORCIÓN DEL BENEFICIO:</b> %
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>TELÉFONO:</b>

<b>NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):</b>		<b>SSN (si disponible):</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):</b>	<b>RELACIÓN:</b>	<b>PORCIÓN DEL BENEFICIO:</b> %
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>TELÉFONO:</b>

**BENEFICIARIOS SECUNDARIOS DEL SEGURO DE VIDA**

(Proporcione la información de quien usted desee que reciba los beneficios del seguro de vida en el caso de que los beneficiarios primarios no le sobrevivan a usted.)

<b>NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):</b>		<b>SSN (si disponible):</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):</b>	<b>RELACIÓN:</b>	<b>PORCIÓN DEL BENEFICIO:</b> %
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>TELÉFONO:</b>

<b>NOMBRE (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):</b>		<b>SSN (si disponible):</b>
<b>FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO):</b>	<b>RELACIÓN:</b>	<b>PORCIÓN DEL BENEFICIO:</b> %
<b>DIRECCIÓN:</b>		<b>TELÉFONO:</b>

El monto total de todas las porciones debe ser equivalente al 100%. Si usted nombra a más de un beneficiario pero no indica el porcentaje que cada uno recibirá, el monto total será dividido equitativamente entre los beneficiarios vivos. Si usted nombra a más de un beneficiario y uno de ellos fallece antes de usted, la porción de ese beneficiario será dividida equitativamente entre los beneficiarios sobrevivientes, al menos que usted indique de otra manera. La misma regla aplica a sus beneficiarios secundarios.

La cobertura depende de los requisitos de elegibilidad del Plan y todos los beneficios del plan están sujetos a las reglas adoptadas por la Junta Directiva del UNITE HERE HEALTH Fund. Este formulario reemplaza todos los nombramientos previos de beneficiarios. Debe ser firmada y fechada para tener validez, y no entrará en vigor hasta ser recibida por la oficina del Culinary Health Fund.

Firma del Participante/Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha Registrada (Para Uso de la Oficina Solamente)

**DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A:**

CULINARY HEALTH FUND  
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107  
LAS VEGAS, NV 89104-1309  
(702) 733-9938



# Private Health Survey

## PARTICIPANT INFORMATION

FULL NAME (LAST, FIRST, MI):

DOB:

SSN:

ADDRESS:

CITY, STATE, ZIP:

TELEPHONE:

EMAIL:

Name of the company: \_\_\_\_\_ What is your job title? \_\_\_\_\_

1. **Have you ever had any other insurance?** ☐ Yes ☐ No

If yes, what insurance? \_\_\_\_\_

2. **Do you have a regular doctor?** ☐ Yes, Dr. \_\_\_\_\_ ☐ No

3. **Do you smoke?** ☐ Yes ☐ No

If yes, do you want to quit? ☐ Yes ☐ No

4. **Do you have any of these conditions:**

☐ Diabetes

☐ High Cholesterol

☐ Asthma/Allergies

☐ Heart Disease

☐ Kidney Problems

☐ Depression/Anxiety

☐ High Blood Pressure

☐ COPD (Emphysema)

☐ Cancer

5. **What medications are you taking?** \_\_\_\_\_

6. **Are you pregnant?** ☐ Yes - Due date: \_\_\_\_\_ ☐ No ☐ N/A

If you are, would you be interested in a breastfeeding class? ☐ Yes ☐ No

7. **Select any of the tests that you have had:**

☐ Colon Cancer Screening (50+)

☐ Prostate (men 40+)

☐ Blood Test for Cholesterol

☐ PAP smear (women)

☐ Mammogram (Women)

Date (if known): \_\_\_\_\_

Date (if known): \_\_\_\_\_

☐ Osteoporosis Screening (women 65+)

## Receive text messages from the Culinary Health Fund

**The Culinary Health Fund is committed to protecting your privacy.**

Would you like to receive text messages from the Culinary Health Fund? ☐ Yes ☐ No

Would you also like to receive unsecured Protected Health Information via text? ☐ Yes ☐ No

If you answered YES to any of these last two questions, please fill out the information below and sign.

Cell: ( ) \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



# Cuestionario Privado de Salud

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO, PRIMERO, SEGUNDO):

FECHA DE NACIMIENTO:

SSN:

DIRECCIÓN:

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su posición? \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez ha tenido algún otro seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿qué seguro? \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene un doctor regular? ☐ Sí, Dr. \_\_\_\_\_ ☐ No

3. ¿Usted fuma? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, ¿le gustaría dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

4. ¿Usted sufre de alguna de estas condiciones?

☐ Diabetes

☐ Colesterol Alto

☐ Asma/Alergias

☐ Cardiopatía

☐ Problemas de Riñón

☐ Depresión/Ansiedad

☐ Presión Alta

☐ Enfisema

☐ Cáncer

5. ¿Qué medicamentos está tomando? \_\_\_\_\_

6. ¿Está embarazada? ☐ Sí - Fecha de parto: \_\_\_\_\_ ☐ No ☐ N/A

Si contestó sí, ¿le gustaría tomar clases para aprender a amamantar? ☐ Sí ☐ No

7. Seleccione los exámenes que se ha echo:

☐ Examen para el cáncer de colon (50+)

☐ Examen de la próstata (hombres 40+)

☐ Examen sanguíneo para el colesterol

☐ Papanicolau (mujeres)

☐ Mamografía (mujeres)

Fecha (si la sabe): \_\_\_\_\_

Fecha (si la sabe): \_\_\_\_\_

☐ Examen de la osteoporosis (mujeres 65+)

## Reciba mensajes de texto del Culinary Health Fund

**El Culinary Health Fund está comprometido en proteger su privacidad.**

¿Quiere recibir mensajes de texto del Culinary Health Fund? ☐ Sí ☐ No

¿También le gustaría recibir por texto información protegida de salud que no está asegurada? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí a cualquiera de las últimas dos preguntas, por favor llene la información abajo y firme.

Teléfono Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_