



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

ADMINISTRATIVE OPEN ENROLLMENT FORM

PARTICIPANT INFORMATION:

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

DEPENDENT INFORMATION (You must provide original or certified copy of proof of relationship such as marriage and/or birth certificate, etc.):

LAST NAME	FIRST NAME - MIDDLE INITIAL	DATE OF BIRTH	GENDER	SSN	RELATION TO PARTICPANT	ADULT CHILD
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		SPOUSE; DATE OF MARRIAGE: ____/____/____	
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		DEPENDENT CHILD	<input type="checkbox"/>

SPOUSE INFORMATION (In the event of divorce you must notify the Culinary Health Fund):

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

ADULT DEPENDENT INFORMATION:

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

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

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

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

Signature

Date



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

FORMULARIO ADMINISTRATIVO
DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

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

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (Debe presentar prueba original o copia certificada de la relación, tal como acta de matrimonio y/o de nacimiento, etc.):

APELLIDO	PRIMER NOMBRE – SEGUNDA INICIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	SSN	PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE	HIJO ADULTO
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		CÓNYUGE; FECHA DE MATRIMONIO: __/__/____	
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		HIJO/HIJA DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (En caso de divorcio debe notificar al Culinary Health Fund):

¿EL CÓNYUGE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	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 __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR

INFORMACIÓN DEL ADULTO DEPENDIENTE:

NOMBRE:		
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	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 __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
FIRMA:		

NOMBRE:		
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	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 __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
FIRMA:		

NOMBRE:		
¿EL ADULTO DEPENDIENTE TRABAJA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿LE OFRECEN SEGURO MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	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 __/__/____
NOMBRE DEL EMPLEADOR:		TIPO DE SEGURO: <input type="checkbox"/> SOLTERO <input type="checkbox"/> FAMILIAR
FIRMA:		

INFORMACIÓN DE SEGUROS ADICIONALES (PROPORCIONE OTROS SEGUROS MÉDICOS INCLUYENDO MEDICARE/MEDICAID):

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

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*

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

BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA

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

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

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

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.)

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

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

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



Health Risk Assessment

Employer Name: _____

What is your job title? _____

Name: _____

DOB: _____ Sex: ☐ Male ☐ Female

SSN: _____

Address: _____

Tel: _____

	For you:	For your Spouse:
Do you have a regular doctor?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Dr. _____	Spouse Name: _____ Date of Birth: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, Dr. _____
Do you smoke?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, do you want to quit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, do you want to quit? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you have any of these conditions? (Check all that apply)	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> High Cholesterol <input type="checkbox"/> Kidney Problems <input type="checkbox"/> COPD (Emphysema) <input type="checkbox"/> Asthma/Allergies <input type="checkbox"/> Depression/Anxiety <input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart Disease <input type="checkbox"/> High Blood Pressure <input type="checkbox"/> High Cholesterol <input type="checkbox"/> Kidney Problems <input type="checkbox"/> COPD (Emphysema) <input type="checkbox"/> Asthma/Allergies <input type="checkbox"/> Depression/Anxiety <input type="checkbox"/> Cancer
Are you pregnant?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Due Date: _____ If yes, would you be interested in a breastfeeding class? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Due Date: _____ If yes, would you be interested in a breastfeeding class? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Select any of the tests that you have had (check all that apply):	<input type="checkbox"/> Colon Cancer Screening (50+) <input type="checkbox"/> Blood Test for Cholesterol <input type="checkbox"/> Mammogram (women) Date (if known) _____ <input type="checkbox"/> Prostate Exam (men 40+) <input type="checkbox"/> PAP smear (women) Date (if known) _____ <input type="checkbox"/> Osteoporosis Screening (women 65+) <input type="checkbox"/> Abdominal Aortic Aneurysm Screening (Men 65+)	<input type="checkbox"/> Colon Cancer Screening (50+) <input type="checkbox"/> Blood Test for Cholesterol <input type="checkbox"/> Mammogram (women) Date (if known) _____ <input type="checkbox"/> Prostate Exam (men 40+) <input type="checkbox"/> PAP smear (women) Date (if known) _____ <input type="checkbox"/> Osteoporosis Screening (women 65+) <input type="checkbox"/> Abdominal Aortic Aneurysm Screening (Men 65+)
Does anyone in your household need help to lose weight?	<input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child: _____ <input type="checkbox"/> Child: _____	<input type="checkbox"/> Child: _____ <input type="checkbox"/> Child: _____ <input type="checkbox"/> Child: _____ <input type="checkbox"/> Child: _____
Is there any other health condition that you or anyone else in your household need help with?	<input type="checkbox"/> Self: _____ <input type="checkbox"/> Spouse: _____	<input type="checkbox"/> Child: _____ <input type="checkbox"/> Child: _____ <input type="checkbox"/> Child: _____ <input type="checkbox"/> Child: _____



Evaluación de Riesgo de Salud

Nombre de su Empleador: _____

¿Su posición? _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

SSN: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección: _____

Tel: _____

	Para usted:	Para su cónyuge:
¿Tiene un doctor regular?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Dr. _____	Nombre de su cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Dr. _____
¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si contestó sí, le gustaría dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si contestó sí, le gustaría dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted sufre de alguna de estas condiciones? (Marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Asma/Alergias <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatía <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Asma/Alergias <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad <input type="checkbox"/> Cáncer
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Fecha de parto: _____ Si contestó sí, ¿le interesaría tomar clases para aprender a amamantar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Fecha de parto: _____ Si contestó sí, ¿le interesaría tomar clases para aprender a amamantar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seleccione los exámenes que se ha echo (marque todos los que apliquen):	<input type="checkbox"/> Examen para el Cáncer de Colon (50+) <input type="checkbox"/> Examen sanguíneo para el colesterol <input type="checkbox"/> Mamografía (mujeres) Fecha (si la sabe) _____ <input type="checkbox"/> Examen de la próstata (hombres 40+) <input type="checkbox"/> Papanicolau (mujeres) Fecha (si la sabe) _____ <input type="checkbox"/> Examen de la Osteoporosis (mujeres 65+) <input type="checkbox"/> Examen de Aneurismo Aórtico Abdominal (hombres 65+)	<input type="checkbox"/> Examen para el Cáncer de Colon (50+) <input type="checkbox"/> Examen sanguíneo para el colesterol <input type="checkbox"/> Mamografía (mujeres) Fecha (si la sabe) _____ <input type="checkbox"/> Examen de la próstata (hombres 40+) <input type="checkbox"/> Papanicolau (mujeres) Fecha (si la sabe) _____ <input type="checkbox"/> Examen de la Osteoporosis (mujeres 65+) <input type="checkbox"/> Examen de Aneurismo Aórtico Abdominal (hombres 65+)
¿Alguien en su familia necesita ayuda para perder peso?	<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____	
¿Hay alguna otra condición médica con la que necesite ayuda usted o alguien de su familia?	<input type="checkbox"/> Usted: _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Cónyuge: _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____ <input type="checkbox"/> Hijo(a): _____	