



# Planes Aetna Advantage para personas, familias y trabajadores independientes – TX

Número de seguro social del solicitante									

Número de identificación de la solicitud									

\*\* Usted tiene la opción de elegir este plan de seguro de salud con elección de beneficios para el consumidor que, ya sea en todo o en parte, no proporciona los beneficios de salud que el estado exige normalmente en las pólizas de seguro por accidente y enfermedad en Texas. Este plan estándar de beneficios de salud puede ser una póliza de seguros de salud más económica para usted, pero al mismo tiempo, es posible que le proporcione menos beneficios de salud que los que se incluyen normalmente como beneficios de salud exigidos por el estado en las pólizas de Texas. Si elige este plan estándar de beneficios de salud, por favor consulte con su agente de seguros para saber qué beneficios de salud exigidos por el estado están excluidos de esta póliza.

**Envíe la solicitud completa a:**  
 Aetna Advantage Plans, F230  
 P.O. Box 61516  
 King of Prussia, PA 19406-0916

## Instrucciones:

- La solicitud debe ser completada por el solicitante en tinta azul o negra. **(No se aceptará una fotocopia de esta solicitud.)**
- Esta solicitud debe ser completada en su totalidad y se debe seleccionar una (1) forma de pago; de lo contrario, el procesamiento será demorado.**
- En la página 5, Sección L, deben firmar y consignar la fecha todos los solicitantes, incluyendo el cónyuge y los hijos de 18 años de edad y mayores.
- Los productos PPO están financiados por Aetna Life Insurance Company.
- Todo miembro de la familia que esté actualmente embarazada (ya sea que figure o no en esta solicitud) o en proceso de adopción o sea madre sustituta no califica para este plan.

## A. Información del solicitante

Nombre		Apellido de soltera de la solicitante/Cónyuge		<b>Elija el tipo de plan de beneficios deseado:</b>	
Dirección postal (Toda la correspondencia de Aetna será enviada a esta dirección.) - Incluya número de apartamento, si corresponde. Número, Calle _____ Condado _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____		Números de teléfono Trabajo ( ) _____ Residencia ( ) _____ Celular ( ) _____		<input type="checkbox"/> PPO 500 <input type="checkbox"/> PPO 1500** <input type="checkbox"/> PPO 5000** <input type="checkbox"/> PPO 1000** <input type="checkbox"/> PPO 2500** <input type="checkbox"/> High Deductible PPO 3000 (Compatible con HSA) <input type="checkbox"/> High Deductible PPO 5000 (Compatible con HSA)** <input type="checkbox"/> Atención preventiva y en hospital 1250 <input type="checkbox"/> Atención preventiva y en hospital 3000 (Compatible con HSA)** <input type="checkbox"/> Dental (La opción Dental está disponible sólo con alguno de los planes médicos anteriores.)	
Dirección de facturación (si prefiere que su factura sea enviada a una dirección diferente de la indicada anteriormente). - Incluya número de apartamento, si corresponde. Número, Calle _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) Ocupación _____ Dirección de correo electrónico _____		<b>Motivo de la solicitud:</b> <input type="checkbox"/> Nueva inscripción <input type="checkbox"/> Agregar cónyuge/hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Agregar sólo hijo dependiente a un plan existente <input type="checkbox"/> Cambiar plan de beneficios actual	
Por favor marcar si corresponde: <input type="checkbox"/> No soy elegible para los beneficios de salud que ofrece mi empleador <input type="checkbox"/> Soy propietario único o trabajador independiente		¿Lee y escribe en inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguna persona enumerada en esta solicitud es un "residente no ciudadano" de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si marcó "Sí", ¿esa(s) persona(s) ha(n) vivido en los Estados Unidos durante los últimos seis (6) meses consecutivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si marcó "No", indique el/los nombre(s) y una explicación.	

## B. Personas cubiertas (Los hijos dependientes están cubiertos hasta los 25 años de edad.)

Marque aquí si necesita más espacio para proporcionar información sobre dependientes adicionales. Utilice una hoja separada y grápela en el reverso de esta solicitud.

Código de familia	Nombre Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Número de seguro social	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Edad	Sexo M/F	Altura (ft/in)	Peso (lbs)
APP	Solicitante								
SP	Cónyuge								
01	Dependiente								
02	Dependiente								
03	Dependiente								

## C. Información sobre los dependientes

¿Usted declara que todos los hijos antes mencionados de entre 19 y 25 años de edad son solteros?  
 Sí     No

## D. Otros seguros - Por favor adjuntar copia de la carta de certificado de continuación de cobertura para cada solicitante, si corresponde.

¿Está usted reemplazando su cobertura actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene actualmente alguna cobertura de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge/hijos también están cubiertos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguno de los solicitantes presentó alguna vez una solicitud y/o recibió beneficios por seguro de incapacidad o indemnización a trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Sí, proporcione fechas y detalles.
¿Alguno de los familiares antes enumerados está actualmente inscrito en un plan de Aetna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es Sí, proporcione nombres y parentesco. _____ Número de identificación (ID) _____			
Proporcione el nombre de la aseguradora de atención de salud actual (o más reciente), y la fecha de terminación de la cobertura (si corresponde). Nombre _____ Fecha de terminación _____			

## E. Fecha de vigencia (La solicitud de una fecha de vigencia NO GARANTIZA que el aseguramiento esté completo antes de la fecha solicitada.)

Si Aetna aprueba mi solicitud, solicito que la fecha de vigencia sea el  1º o el  15 de \_\_\_\_\_ (mes). Se le dará la fecha de vigencia solicitada si Aetna aprueba la solicitud dentro de los 30 días. Esta fecha no debe ser posterior a los 90 días después de la fecha de la firma (Página 5, Sección L) de esta solicitud. Esta fecha se aceptará siempre y cuando Aetna apruebe esta solicitud dentro de los 30 días de la fecha de vigencia solicitada. No se aceptará ninguna fecha de vigencia solicitada que coincida con la fecha de la firma o que sea anterior a ésta.

**Aetna Use Only**  
**Y – N – U**  
 Fecha de vigencia:

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

**F. Antecedentes médicos del solicitante y TODOS sus dependientes (Incluir información de todas las personas que soliciten cobertura.)**

Responda a todas las preguntas y proporcione detalles completos para todas las respuestas afirmativas en la página 4, Sección H.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
En los últimos (10) años, ¿alguna de las personas enumeradas en esta solicitud tuvo algún indicio o síntoma que llevaría a una persona común y prudente a consultar a un profesional de la salud o recibir tratamiento, o se le recomendó un tratamiento o una consulta, recibió tratamiento de un proveedor de atención de salud (incluyendo medicamentos con receta) o fue hospitalizada por alguna de las siguientes condiciones o enfermedades descritas en las Secciones F y G?		
F1.	<b>Enfermedades/trastornos de ojos, oídos, nariz y garganta:</b> <i>Ojos/vista:</i> glaucoma, cataratas, estrabismo, desprendimiento de retina, trasplante de córnea, infecciones; <i>Oídos/audición:</i> pérdida de la audición, sordera, infecciones, disfunción de la trompa de Eustaquio; <i>Nariz/respiración:</i> tabique desviado, pólipos, adenoiditis, sinusitis; <i>Garganta/deglución:</i> amigdalitis, infección de garganta por estreptococos, ronquido excesivo o apnea del sueño, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F2.	<b>Enfermedades/trastornos de la piel:</b> Acné, manchas de nacimiento, dermatitis, eccema, infecciones fúngicas, psoriasis, queratosis, verrugas, lunares, lesiones precancerosas, cáncer de piel o melanoma, quemaduras de segundo o tercer grado, herpes, cicatrices/queloides, o revisiones de cirugía cosmética o reconstructiva, sudoración excesiva, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F3.	<b>Enfermedades/trastornos musculoesqueléticos:</b> Trastornos o lesiones de los huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, tendones o discos tales como desgarros/esguinces, fracturas, artritis, fibromialgia, gota, hernia de disco, sustitución articular, fijación interna/externa, implantes permanentes, amputaciones/prótesis, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F4.	<b>Enfermedades/trastornos respiratorios:</b> Alergias, sinusitis, bronquitis, asma, neumonía, falta de aliento, tos crónica, atelectasia, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), tuberculosis, infecciones fúngicas, dificultad para respirar, escupir/toser sangre, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F5.	<b>Enfermedades/trastornos digestivos:</b> Infecciones de la boca/garganta/amígdalas, problemas mandibulares o de masticación, úlceras, hernia, reflujo gástrico, colitis, enfermedad de Crohn, síndrome de intestino irritable (IBS, por sus siglas en inglés), diarrea crónica, problemas intestinales, pólipos del colon, hemorragia rectal o hemorroides, enfermedades del páncreas, hígado o vesícula biliar, hepatitis A/B/C/otra, ictericia, cirrosis, pérdida o aumento de peso sin motivo aparente, trastornos alimenticios, bypass gástrico/banda gástrica, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F6.	<b>Enfermedades/trastornos urinarios:</b> Infecciones de la vejiga, infecciones o cálculos renales, sangre en la orina, estrés, incontinencia, frecuencia urinaria, dolor/dificultad para orinar, cistitis, enuresis, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F7.	<b>Enfermedades/trastornos cardíacos y circulatorios:</b> Anemia, trastornos de sangrado/coagulación, hemofilia, trombocitopenia, venas varicosas/arañas vasculares, fenómeno de Raynaud, flebitis, trombosis, inflamación de los ganglios linfáticos o linfadenitis, dolor en el pecho, angina, presión arterial elevada/baja, hipertensión, colesterol/lípidos altos, soplo cardíaco, palpitaciones, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de la arteria coronaria, aneurisma, ataque cardíaco, bypass/angioplastia, reemplazo de válvula, marcapasos o desfibrilador, fiebre reumática, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F8.	<b>Enfermedades/trastornos metabólicos y endocrinos:</b> Diabetes, trastornos de la glándula suprarrenal/pituitaria, lupus, esclerodermia, síndrome de fatiga crónica, virus de Epstein-Barr, mononucleosis, trastornos de la tiroides, trastornos inmunológicos.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F9.	<b>Enfermedades/trastornos cerebrales/del sistema nervioso:</b> Pérdida del conocimiento, desvanecimiento, mareo, entumecimiento/hormigueo, debilidad, parálisis, confusión, pérdida de memoria, Alzheimer, demencia, lesión en la cabeza, ataque cerebral, migraña o cefalea severa/crónica, narcolepsia, apnea del sueño, temblores, esclerosis múltiple, convulsiones/epilepsia, distrofia muscular, distrofia simpático refleja (RSD), etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F10.	<b>Enfermedades/trastornos reproductivos masculinos:</b> Fertilidad/infertilidad, recuento bajo de espermatozoides, disfunción sexual, disfunción eréctil, agrandamiento de próstata, prostatitis, testículo no descendido, herpes/verrugas genitales o anales, o enfermedades de transmisión sexual, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F11.	<b>Enfermedades/trastornos reproductivos femeninos:</b> a) Dolor pélvico, sangrado menstrual anormal, ausencia de menstruación, citología de PAP anormal, endometriosis, quistes ováricos, fibromas del cérvix, fertilidad/infertilidad, abortos espontáneos, quistes/bultos/fibromas del seno, implantes del seno, herpes/verrugas genitales, o enfermedades de transmisión sexual, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	b) ¿Transcurrieron más de 40 días desde el último período menstrual de cualquiera de las mujeres antes mencionadas? En caso afirmativo, indique el/los nombre(s) y un motivo: Nombre de la solicitante _____ Motivo _____ _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	c) ¿Alguna de las <b>mujeres</b> solicitantes tuvo una citología de PAP anormal? En caso afirmativo, proporcione detalles en H1. Fecha de la última citología de PAP normal. Nombre de la solicitante _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	d) ¿Alguna de las <b>mujeres</b> solicitantes está embarazada, tuvo un resultado positivo en un test casero de embarazo o está en proceso de adopción o de convertirse en madre sustituta? En caso afirmativo, proporcione el nombre de la solicitante a continuación. Nombre _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Número de seguro social del solicitante

Número de identificación de la solicitud

**F. Antecedentes médicos del solicitante y TODOS sus dependientes (Continuación)**

F12.	<b>Nerviosos, mentales y del comportamiento:</b> Depresión, ansiedad, déficit de atención, desequilibrio químico, trastornos bipolar, obsesivo compulsivo o de pánico, abuso de sustancias, trastornos alimenticios, terapia o grupo de apoyo, dependencia de alcohol o de drogas, anorexia/bulimia, esquizofrenia, etcétera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F13.	<b>Cáncer/Tumores:</b> Quistes, tumores o crecimientos anormales, enfermedad de Hodgkin, leucemia o cualquier otro tipo de cáncer o tumor maligno.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F14.	<b>Defectos de nacimiento/anomalías congénitas:</b> Manchas de nacimiento, paladar hendido/labio leporino, pie deforme, sindactilia (fusión de las membranas de los dedos de las manos o las de los pies), retraso del desarrollo, retraso mental, síndrome de Down, malformación cardíaca/pulmonar/renal, deformidad del cráneo/facial u otras deformidades físicas, parálisis cerebral, etcetera.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
F15.	<b>Otras condiciones:</b> ¿Algún solicitante consultó a un médico u otro proveedor de atención de salud o recibió tratamiento por alguna otra condición o síntoma(s) no enumerado(s) en esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**NOTA: Las condiciones médicas que se produzcan luego de la fecha de la firma y antes de la fecha de vigencia efectiva de la cobertura, si ésta es aprobada, serán consideradas en la evaluación final de riesgos. Usted debe comunicar cualquier condición médica que ocurra durante dicho período.**

**G. Preguntas relacionadas con la salud (Incluya la información de todas las personas que soliciten cobertura.)**

Responda a todas las preguntas y proporcione detalles completos para todas las respuestas afirmativas en la página 4, Sección H.		La información incompleta puede demorar el procesamiento de esta solicitud.
G1.	¿Algún uno de los <b>varones</b> solicitantes espera un bebé o está en proceso de adopción o de madre sustituta con alguna persona, esté o no esta persona solicitando cobertura en esta solicitud? En caso afirmativo, proporcione el nombre del solicitante a continuación. Nombre del solicitante _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G2.	¿Algún uno de los solicitantes fue tratado o diagnosticado por abuso de alcohol, drogas o sustancias o se le aconsejó reducir la ingesta de alcohol? En caso afirmativo, proporcione el nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante _____ Fecha de suspensión _____ Nombre del solicitante _____ Fecha de suspensión _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G3.	¿Algún uno de los solicitantes utilizó drogas o sustancias ilegales o controladas, como por ejemplo marihuana, cocaína, metanfetaminas, drogas ilegales o intravenosas? En caso afirmativo, proporcione el nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante _____ Tipo de droga/sustancia _____ Fecha de suspensión _____ Nombre del solicitante _____ Tipo de droga/sustancia _____ Fecha de suspensión _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G4.	¿Algún uno de los solicitantes consumió alguna bebida alcohólica en los últimos 6 meses? (Cantidad: Una bebida equivale a 12 oz. de cerveza, 6 oz. de vino o 1 oz. de licor.) Nombre del solicitante _____ Tipo _____ Cantidad _____ por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes Nombre del solicitante _____ Tipo _____ Cantidad _____ por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G5.	¿Algún uno de los solicitantes ha sido condenado por conducir en estado de ebriedad (DUI, por sus siglas en inglés)? En caso afirmativo, proporcione el/los nombre(s) del/de los solicitante(s), estado(s) y fecha(s). Nombre del solicitante _____ Estado _____ Fecha _____ Nombre del solicitante _____ Estado _____ Fecha _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G6.	¿Algún uno de los solicitantes ha sido diagnosticado o recibido tratamiento de un médico o proveedor de atención de salud por SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), ARC (Complejo Asociado al SIDA) o ha tenido un resultado positivo de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G7.	¿Algún uno de los solicitantes tuvo algún resultado <b>anormal</b> de laboratorio, rayos X, MRI u otro resultado de examen diagnóstico o físico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G8.	¿Algún uno de los solicitantes recibió consejo médico para someterse a más exámenes médicos, tratamientos o cirugías que aún no se completaron?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G9.	¿Algún uno de los solicitantes fue paciente en una clínica, hospital, centro quirúrgico, centro de tratamiento u otra instalación médica de atención ambulatoria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G10.	¿Algún uno de los solicitantes consultó a un proveedor de atención de salud por alguna condición, indicio o síntoma que aún no fue diagnosticado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G11.	¿Algún uno de los solicitantes ha fumado o utilizado productos del tabaco, como rapé y/o tabaco para mascar en los últimos 2 años? En caso afirmativo, proporcione el nombre del/de los solicitante(s) a continuación. Nombre del solicitante _____ Fecha de interrupción _____ Nombre del solicitante _____ Fecha de interrupción _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G12.	¿Algún uno de los solicitantes ha tomado medicamentos con receta o se le ha indicado tomar medicamentos con receta durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G13.	¿Algún uno de los solicitantes visitó, recibió tratamiento o consultó a un médico o a otro proveedor de atención de salud por alguna otra condición o síntoma(s) que no esté(n) enumerado(s) en esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G14.	¿Algún uno de los solicitantes es candidato para recibir o receptor de un órgano o de un trasplante de médula ósea o célula madre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
G15.	¿Algún uno de los solicitantes está actualmente en la lista de espera y/o registrado para donar un órgano o médula ósea (excluyendo la tarjeta DMV)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No









