Best Doctors®
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

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 _____

☐ Cambio de Peso

☐ Endoso de Trasplante de Órganos
(Completar todos los Endosos)

☐ Elite Navigator

_____
E-mail

☐ Nombre /Apellido Nuevo

_____

☐ Forma de Pago _____

☐ Estatura _____

☐ Opción * _____

☐ Plan * _____

☐ 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**

RELACIÓN _____ **PESO** ☐ KG ☐ LB _____ **ESTATURA** ☐ M ☐ PIES

1. NOMBRE(S) **Y APELLIDOS**(S) _____ **FECHA DE NACIMIENTO** (MM/DD/AAAA) _____ ☐ **EXCLUSIÓN INTEGRANTE**

RELACIÓN _____ **PESO** ☐ KG ☐ LB _____ **ESTATURA** ☐ M ☐ PIES

1. NOMBRE(S) **Y APELLIDOS**(S) _____ **FECHA DE NACIMIENTO** (MM/DD/AAAA) _____ ☐ **EXCLUSIÓN INTEGRANTE**

RELACIÓN _____ **PESO** ☐ KG ☐ LB _____ **ESTATURA** ☐ M ☐ PIES

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

INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA ANTERIOR

☐ S ☐ N ¿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.

☐ S ☐ N ¿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) _____

PREP_ENMIENDASOLICITUD_DEC 15

Best Doctors®
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

Formulario
Enmienda en Solicitud
o Cambio de Información

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S), **NOMBRE**(S) | **NÚMERO DE CONTRATO**

ENDOSO 1

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

S N ¿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

S N ¿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	☐ Previo ☐ Actual CONSUMO	PERIODO (DESDE - HASTA)
SOLICITANTE	TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	☐ Previo ☐ Actual CONSUMO	PERIODO (DESDE - HASTA)
SOLICITANTE	TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	☐ Previo ☐ Actual CONSUMO	PERIODO (DESDE - HASTA)

MÉDICOS PERSONALES Y EXÁMENES DE RUTINA

S N ¿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

S N ¿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)

PREP_ENMIENDASOLICITUD_DEC 15

Best Doctors®
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

Formulario
Enmienda en Solicitud
o Cambio de Información

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(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 algun 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 anormalidades 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?

PREP_ENMIENDASOLICITUD_DEC 15

FIRMA DEL SOLICITANTE _____ FECHA (MM/DD/AAAA) _____

Best Doctors®
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

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?:

S N 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?

S N 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?

S N 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 _____

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

NOMBRE _____

¿CUANTO? _____ KG LB ¿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) _____

El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada , compañía registrada en el Ecuador.

Llamada de Cobro Revertido 1 305 269 2521
Llamada Gratuita dentro de los EE .UU. 1 866 902 7775
Llamada dentro de Ecuador 04502 8000

Best Doctors®
BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

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)

PREP_ENMIENDASOLICITUD_DEC15