

**Instrucciones:** Sírvase llenar completamente el formulario de inscripción. Información incompleta o incorrecta puede resultar en una demora o en la negación del pago de sus reclamos. Use su copia a modo de identificación provisional hasta que reciba su confirmación.

Información de la Compañía:	Nombre de la Compañía		No. del Grupo	Fecha de Vigencia de Cambio
Información del Empleado:	No. de Seguro Social	Su Título/Puesto	Typo de Empleo <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por Salario	Teléfono en el Trabajo ( )
	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		¿Tiene usted algún dependiente además de su esposo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos? _____	Teléfono Residencial ( )

Indique el tipo de cambio:  Nombre  Dirección  Dependientes  Grupo de Médico o Médico Primario  
 Otro Cambio (explique) \_\_\_\_\_

Sírvase llenar esta sección los cambios para usted y/o cualquier miembros elegibles de su familia. Añadir dependientes, los miembros deben residir dentro del área geográfica de servicio establecido por Health Net.

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS						Selección del Grupo Médico / Médico de Cuidados Primarios*		
<input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Eliminación	<b>USTED</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico
		Domicilio (no se acepta P.O. Box)		Ciudad	Estado	Código Postal		Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)
<input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Eliminación	<b>CÓNYUGE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico
		No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		Fecha de Matrimonio / /		Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)	
<input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Eliminación	<b>DEPENDIENTE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico
		No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		¿Estudiante tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)	
<input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Eliminación	<b>DEPENDIENTE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico
		No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		¿Estudiante tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)	
<input type="checkbox"/> Adición <input type="checkbox"/> Cambio <input type="checkbox"/> Eliminación	<b>DEPENDIENTE</b>	Apellido	Nombre	Inic.	Fecha de Nacimiento / /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PMG / IPA#	Nombre del Grupo Médico
		No. de Seguro Social	Domicilio/Teléfono (Si diferente)		¿Estudiante tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del Médico Primario (Apellido, Nombre)	

\* Revisa el Guía de Proveedores Health Net y seleccione un grupo médico para cada miembro de su familia. Si el grupo médico que eligió tiene una "X" después del número (p. ej., IPA 135X), no olvide indicar un Médico de Cuidados Primarios para usted y para cada miembro de su familia.

**RAZON POR EL CAMBIO** **Debe** llenar esta sección para adición o eliminación de dependientes. Se requiere copia de documentación (p. ej., el certificado de matrimonio).

<p>Razon para <b>ADICIÓN</b> de dependiente(s):</p> <input type="checkbox"/> Nueva (nacimiento, adopción o matrimonino) Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Cesantía seguro previa (Llene sección de "Otros Seguros Médicos") <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____	<p>Razon para <b>ELIMINACIÓN</b> de dependiente(s):</p> <input type="checkbox"/> Matrimonio Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Divorciado Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____
--	--

**OTROS  
SEGUROS MÉDICOS**

Sírvase llenar esta sección si usted y/o cualquier miembro elegible de su familia están cubiertos por otro seguro médico.

Nombre del Miembro	Compañía de Seguros Previa	No. de Póliza	Fecha Vigente de la Poliza	Nombre del Empleador
Nombre del Miembro	Compañía de Seguros Previa	No. de Póliza	Fecha Vigente de la Poliza	Nombre del Empleador

**SEGURO DE VIDA** Favor indicar el beneficiario(s) de su seguro de vida.

Beneficiario de vida (Nombre completo)	Relación	%
Beneficiario de vida (Nombre completo)	Relación	%

**INFORMACIÓN DE INCAPACITADO** Complete esta sección si usted y/o cualquier miembro elegible están incapacitados.

Nombre de miembro incapacitado	Condición de incapacitado	Fecha de condición comenzó
--------------------------------	---------------------------	----------------------------

**Explicación de la autorización para obtener o divulgar información:** Solicitamos de usted esta autorización para obtener o divulgar información médica para cumplir con las condiciones de la Ley de Confidencialidad de Información Médica, vigente desde el 1º de enero de 1980, Sección 56 et. seq. del Código Civil de California. Se agradece su colaboración.

**Autorización para obtener o divulgar información médica:** Por la presente autorizo a mi médico, proveedor de asistencia médica, hospital, clínica u otra instalación médica o paramédica a que proporcionen a un agente, persona designada o representante de Health Net todos o cualquiera de los expedientes relacionados con el historial médico, servicios prestados o tratamientos provistos a cualquier persona inscrita en este formulario, o agregada al mismo, para los fines de revisión, investigación o evaluación de una solicitud o reclamo. Autorizo asimismo a Health Net o a sus agentes, personas designadas o representantes a que divulguen a un hospital o plan de asistencia médica, autoasegurador o compañía de seguros cualquier información médica obtenida, siempre que tal divulgación sea necesaria para permitir el procesamiento de cualquier reclamo. Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y continuará en vigencia durante tanto tiempo como sea necesario para que Health Net pueda procesar los reclamos.

**Acuerdo de arbitraje:** Entiendo que cualquier conflicto o controversia, **excepto los casos de negligencia médica**, que pueda surgir en relación con la ejecución, interpretación o incumplimiento de este contrato entre yo (y/o cualquier miembro afiliado de mi familia) y Health Net o cualquier Grupo Médico Participante/Asociación Médica Independiente, tanto si surge en relación con el contrato, como por agravio o de otra manera, deberá someterse a arbitraje en lugar de un juicio por jurado o tribunal.

Firma de Empleado <b>X</b>	Fecha
-------------------------------	-------