



SOLICITUD DE SERVICIOS DE CONTINUIDAD DEL CUIDADO PARA LOS NUEVOS INSCRITOS EN LA Access+ HMO

Favor de completar todas las secciones y devolver este formulario ya firmado, junto con una copia de su formulario de inscripción de Blue Shield (cuando la inscripción no se entrega en forma electrónica), a:

Blue Shield of California
P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540
(800) 424-6521

1 – Identificación del empleador y del empleado

Nombre del empleado	Fecha de nacimiento del empleado ____ / ____ / _____	# de identificación del miembro
Fecha de vigencia en el plan Grupo #	# telefónico durante el día () –	# telefónico de su residencia () –
Dirección postal	Ciudad	Estado
		código postal
Nombre del empleador		
Dirección del empleador		

2 – Identificación del paciente

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____	Relación con el empleado: <input type="checkbox"/> Empleado mismo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero(a) doméstico(a)
# telefónico del paciente durante el día () –		
Nombre del Médico Personal del paciente de la HMO de Blue Shield	Teléfono () –	
Nombre del Grupo Médico/IPA del paciente		

3 – Información de cobertura del plan de salud anterior

Nombre del plan de salud anterior a Blue Shield	
# de identificación del plan de salud anterior	Nombre del suscriptor
¿Su cobertura de cuidado de la salud anterior fue con una HMO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, anote el nombre del Grupo Médico/IPA	
¿Su cobertura de cuidado de la salud anterior fue con una PPO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El paciente está cubierto actualmente por un segundo plan de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, anote el número de identificación del plan de salud	
Nombre del plan de salud	
Dirección del plan de salud	
Teléfono () –	

4 – Información médica

Nombre y dirección del médico de cabecera, especialista o partera actual

telefónico del médico de cabecera () - Fax () -

Afección o diagnóstico bajo tratamiento

¿El paciente está hospitalizado actualmente? Sí No De estarlo, anotar el nombre y la dirección del hospital

¿El paciente está bajo Licencia Médica (LOA, por sus siglas en inglés)? Sí No ¿Está bajo Discapacidad Médica? Sí No

¿Usted está solicitando el cuidado continuo para un hijo entre el nacimiento y los 36 meses de edad? Sí No

¿El paciente está programado para recibir un tratamiento médico ya sea como paciente ambulatorio o como paciente internado? Sí No
De ser así, brinde la fecha programada, el nombre del médico/hospital y describa el tratamiento que se tiene planeado.

¿El paciente está recibiendo actualmente cuidado de salud paliativo o a domicilio? Sí No
De ser así, brinde el nombre y la dirección de la agencia de cuidado de la salud o del proveedor de servicios paliativos.

¿El paciente padece de una afección terminal? Sí No

¿La paciente está embarazada? Sí No De estarlo, ¿en qué fecha espera dar a luz? _____
Nombre y dirección del hospital:

¿El paciente está recibiendo actualmente equipo médico a domicilio? Sí No Se ser así, brinde el nombre y la dirección del proveedor de equipo médico a domicilio.

5 – Datos adicionales que usted desea que se tengan bajo consideración

6 – Certificación, autorización y firma

Certifico que todas las declaraciones hechas en este, y en todos los documentos anexos, son ciertas, correctas y completas a mi leal saber y entender. Por el presente autorizo a cualquier médico, centro de cuidado de la salud, otro proveedor de cuidado de la salud, compañía de seguro, hospital o servicio médico para que brinde a Blue Shield, o a sus agentes o empleados, toda la información pertinente a cualquier enfermedad, lesión o afección, examen o tratamiento, incluso los registros de facturación, beneficios o pagos, que este paciente ha recibido en cualquier momento. Esta información se recaba para evaluar y procesar esta solicitud.

Firma del suscriptor: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Para facilitar el procesamiento de su solicitud, favor de adjuntar una copia de su formulario de inscripción de Blue Shield.

Blue Shield Office use only:

Sales Representative Name:

Phone:

Service Representative Name:

Ext.

Employer Group Number:

Health Plan Effective Date:

IPA/Medical Group Name: