Sign-up form
Formulario de registro

NÚMERO DE CASO		
NOMBRE DEL CLIENTE		
DIRECCIÓN DEL CLIENTE		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¡Si se registra por teléfono usted no tendrá que llenar este formulario!
¡Llame al 1-800-562-3022 inmediatamente!
(Solamente para los usuarios de TTY/TDD, llamen al 1-800-848-5429)

¡Tan fácil como 1-2-3!

1. Escriba abajo cómo le gustaría obtener su atención a la salud.

2. **¿Qué doctor quisiera usted tener como PCP para esta persona?** (Todos los doctores que ponga en la lista tienen que estar en el plan de atención a la salud. Si no está seguro, llame a los doctores y pregunte si participan en el plan de salud que usted desea usar).

Nombre:	Nombre del PCP:
Nombre:	Nombre del PCP:
Nombre:	Nombre del PCP:
Nombre:	Nombre del PCP:
Nombre:	Nombre del PCP:
Nombre:	Nombre del PCP:

3. ¿Hay alguien que está en la lista de su tarjeta de identificación médica y está embarazada o que va a tener cirugía pronto?

☐ ¿Embarazada? ¿Quien? *Nombre:* _____ *Fecha de nacimiento:* _____

☐ ¿Cirugía? ¿Quien? *Nombre:* _____ *Fecha:* _____

¿Qué doctor u otro proveedor médico está viendo esta persona?

Nombre del doctor: _____ *Teléfono de su consultorio:* _____

De las personas listadas en su tarjeta de Identificación médica ¿hay alguna con una condición médica especial o retraso en el desarrollo?

☐ Sí _____ _____

Por favor indique el nombre de la(s) person(as) y su(s) condición(es) (especial(es) de salud):

Háganos saber su elección.

LA FORMA MÁS FÁCIL es llamarnos a la línea sin cargos 1-800-562-3022
Lunes a viernes, 7:00 a.m. a 6:00 p.m.
Puede usar nuestro nuevo sistema de mensajes en cualquier momento.
Los usuarios de TTY/TDD llamen al 711 o al 1-800-848-5429
O doblen nuevamente el formulario con “Business Reply” hacia fuera y envíenlo de vuelta a nosotros (no se necesita estampillas). O, de lo contrario envíen el formulario por fax al 360-725-2144