

Por favor escriba en letra de molde o a máquina usando sólo tinta negra. Por favor vea las instrucciones al reverso antes de llenar este formulario. Debe llenar todos los cuadros marcados con el símbolo [*] si desea inscribirse.

EMPLEADOR: Para proteger la privacidad de su empleado, esta solicitud debe mantenerse sellada y sólo puede ser abierta por un representante autorizado de Kaiser Permanente.

A. PARA EL EMPLEADOR

*Nombre de la empresa o del fondo fiduciario _____	*Núm. del comprador _____ () _____	Núm. de Unidad de Inscripción (EU) _____ () _____
Dirección de la Empresa o del Fondo Fiduciario _____	Núm. de Teléfono _____	Núm. de Fax _____
Contacto del Comprador _____	Identificación del Empleador _____	*Fecha de Vigencia de la Cobertura _____

***INSCRIPCIÓN (marque sólo una casilla; vea el Cuadro de Motivos de Inscripción al reverso para las diferentes opciones)**

Inscripción de Empleado Nuevo-Fecha de Contratación: _____ Inscripción Abierta

De Medio Tiempo a Tiempo Completo-Fecha: _____ Otro: _____ Fecha del Acontecimiento: _____

Comprador Nuevo

B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR

¿Es usted en la actualidad o fue alguna vez miembro de Kaiser Permanente? Sí No Estatura _____

Si contestó "Sí", ¿cuál fue o es su Número de Expediente Médico? _____ Peso _____

¿Ha recibido atención de Kaiser Permanente en el estado de California? Sí No

Con qué nombre: _____
De soltera/otro _____

*Núm. de Seguro Social _____ _____/_____/_____	*Apellido _____	*Nombre _____	Inicial del 2º nombre _____
*Fecha de nacimiento _____	* Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	

Idioma que Prefiere Hablar _____ Idioma que Prefiere Escribir _____ Dirección Electrónica (optativa) _____

*Dirección _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código Postal _____
() _____

Teléfono de Día: Casa Trabajo Teléfono de noche: Casa Trabajo Situación Laboral: Trabajador Jubilado

Identificación de empleado _____

C. LISTA DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SE INSCRIBIRÁN (agregue otra hoja si es necesario)

*Apellido	*Nombre	Inicial 2º nombre	*Relación con el suscriptor	*Número de Seguro Social	*Fecha de nacimiento Mes/Día/Año	*Sexo	Número de Expediente Médico, si sabe	Estatura	Peso
Cónyuge			<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho	- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
<i>Maiden/Other:</i>									
Dependiente Parentesco:			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Estudiante	- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Dependiente Parentesco:			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Estudiante	- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Dependiente Parentesco:			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Estudiante	- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Dependiente Parentesco:			<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Estudiante	- -	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Dirección del (de los) Dependiente(s) (si es diferente del suscriptor): Marque aquí si todos los dependientes residen en la dirección a continuación:

Nombre(s)	Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	-----------	--------	--------	---------------

Entiendo que, salvo en los casos del tribunal de demandas de menor cuantía, en las reclamaciones sujetas al procedimiento de apelaciones de Medicare, y en los casos en que mi grupo deba cumplir con las normas de ERISA acerca de determinadas disputas relacionadas con los beneficios, toda disputa entre yo, mis herederos u otras partes asociadas, por una parte, y Health Plan, sus proveedores de atención médica u otras partes asociadas, por la otra, por supuestas violaciones de cualquier obligación que surja o se relacione con la membresía en Health Plan, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria, responsabilidad civil por las instalaciones o relativa a la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de la teoría jurídica, se deberá resolver por arbitraje obligatorio conforme a las leyes de California, y no se presentarán demandas ni se recurrirá a procedimientos judiciales, excepto en los casos en que las leyes dispongan una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a mi derecho a un juicio ante un jurado y en someterme a arbitraje obligatorio. Entiendo que la disposición sobre el arbitraje se incluye en el documento *Evidence of Coverage*.

X
*Firma del empleado/suscriptor

*Fecha

D. CUESTIONARIO DE SALUD



Importante:

- Usted debe contestar cada pregunta por cada miembro de la familia que será suscrito.
La información proporcionada en esta sección no resultará en la negación de la cobertura.
- Usted debe firmar, sellar, y regresar esta solicitud llenada completamente a su empleador.

	Suscriptor	Cónyuge/ Pareja de Hecho	Dependiente #1	Dependiente #2	Dependiente #3	Dependiente #4
1. ¿Cuántas veces ha sido usted hospitalizado en los últimos 12 meses, a excepción de embarazo?	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o Más	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o Más	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o Más	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o Más	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o Más	<input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 o Más
2. ¿Actualmente usted usa, o ha usado en los últimos diez años tabaco en forma regular?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. ¿Tiene usted alguna cirugía, tratamiento, examen, evaluación o análisis para cualquier condición pendiente que se le haya aconsejado en los últimos tres años, con excepción del embarazo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. ¿Ha recibido usted tratamiento para, o algún doctor le ha aconsejado que usted tiene, alguna de las siguientes condiciones? Importante: Marque <u>todas</u> las que aplican o "Ninguna de arriba", y continúe con las preguntas en la siguiente página.	<input type="radio"/> SIDA, ARC <input type="radio"/> Alcoholismo <input type="radio"/> Aneurisma <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Dolor o Lesión de Espalda/Cuello <input type="radio"/> Transplante de Médula Ósea Cáncer: <input type="radio"/> de los Senos <input type="radio"/> del Colon <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> del Pulmón <input type="radio"/> de la Próstata <input type="radio"/> de la Piel - Basal <input type="radio"/> Melanoma <input type="radio"/> Otro Cáncer:	<input type="radio"/> SIDA, ARC <input type="radio"/> Alcoholismo <input type="radio"/> Aneurisma <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Dolor o Lesión de Espalda/Cuello <input type="radio"/> Transplante de Médula Ósea Cáncer: <input type="radio"/> de los Senos <input type="radio"/> del Colon <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> del Pulmón <input type="radio"/> de la Próstata <input type="radio"/> de la Piel - Basal <input type="radio"/> Melanoma <input type="radio"/> Otro Cáncer:	<input type="radio"/> SIDA, ARC <input type="radio"/> Alcoholismo <input type="radio"/> Aneurisma <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Dolor o Lesión de Espalda/Cuello <input type="radio"/> Transplante de Médula Ósea Cáncer: <input type="radio"/> de los Senos <input type="radio"/> del Colon <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> del Pulmón <input type="radio"/> de la Próstata <input type="radio"/> de la Piel - Basal <input type="radio"/> Melanoma <input type="radio"/> Otro Cáncer:	<input type="radio"/> SIDA, ARC <input type="radio"/> Alcoholismo <input type="radio"/> Aneurisma <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Dolor o Lesión de Espalda/Cuello <input type="radio"/> Transplante de Médula Ósea Cáncer: <input type="radio"/> de los Senos <input type="radio"/> del Colon <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> del Pulmón <input type="radio"/> de la Próstata <input type="radio"/> de la Piel - Basal <input type="radio"/> Melanoma <input type="radio"/> Otro Cáncer:	<input type="radio"/> SIDA, ARC <input type="radio"/> Alcoholismo <input type="radio"/> Aneurisma <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Dolor o Lesión de Espalda/Cuello <input type="radio"/> Transplante de Médula Ósea Cáncer: <input type="radio"/> de los Senos <input type="radio"/> del Colon <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> del Pulmón <input type="radio"/> de la Próstata <input type="radio"/> de la Piel - Basal <input type="radio"/> Melanoma <input type="radio"/> Otro Cáncer:	<input type="radio"/> SIDA, ARC <input type="radio"/> Alcoholismo <input type="radio"/> Aneurisma <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Dolor o Lesión de Espalda/Cuello <input type="radio"/> Transplante de Médula Ósea Cáncer: <input type="radio"/> de los Senos <input type="radio"/> del Colon <input type="radio"/> Leucemia <input type="radio"/> del Pulmón <input type="radio"/> de la Próstata <input type="radio"/> de la Piel - Basal <input type="radio"/> Melanoma <input type="radio"/> Otro Cáncer:
	<input type="radio"/> Síndrome de Fatiga Crónica <input type="radio"/> Crohn o Colitis Ulcerativa <input type="radio"/> Depresión o Ansiedad <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Adicción a Drogas <input type="radio"/> Trastorno de Alimentación, Anorexia Nervosa/Bulimia <input type="radio"/> Enfisema/COPD <input type="radio"/> Cálculos Biliares <input type="radio"/> Enfermedades del Corazón <input type="radio"/> Enfermedad de la Válvula del Corazón <input type="radio"/> Hepatitis Tipo C <input type="radio"/> Hernia <input type="radio"/> Presión Sanguínea Alta <input type="radio"/> Colesterol Alto <input type="radio"/> Enfermedad del Riñón/Vejiga <input type="radio"/> Enfermedad del Hígado	<input type="radio"/> Síndrome de Fatiga Crónica <input type="radio"/> Crohn o Colitis Ulcerativa <input type="radio"/> Depresión o Ansiedad <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Adicción a Drogas <input type="radio"/> Trastorno de Alimentación, Anorexia Nervosa/Bulimia <input type="radio"/> Enfisema/COPD <input type="radio"/> Cálculos Biliares <input type="radio"/> Enfermedades del Corazón <input type="radio"/> Enfermedad de la Válvula del Corazón <input type="radio"/> Hepatitis Tipo C <input type="radio"/> Hernia <input type="radio"/> Presión Sanguínea Alta <input type="radio"/> Colesterol Alto <input type="radio"/> Enfermedad del Riñón/Vejiga <input type="radio"/> Enfermedad del Hígado	<input type="radio"/> Síndrome de Fatiga Crónica <input type="radio"/> Crohn o Colitis Ulcerativa <input type="radio"/> Depresión o Ansiedad <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Adicción a Drogas <input type="radio"/> Trastorno de Alimentación, Anorexia Nervosa/Bulimia <input type="radio"/> Enfisema/COPD <input type="radio"/> Cálculos Biliares <input type="radio"/> Enfermedades del Corazón <input type="radio"/> Enfermedad de la Válvula del Corazón <input type="radio"/> Hepatitis Tipo C <input type="radio"/> Hernia <input type="radio"/> Presión Sanguínea Alta <input type="radio"/> Colesterol Alto <input type="radio"/> Enfermedad del Riñón/Vejiga <input type="radio"/> Enfermedad del Hígado	<input type="radio"/> Síndrome de Fatiga Crónica <input type="radio"/> Crohn o Colitis Ulcerativa <input type="radio"/> Depresión o Ansiedad <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Adicción a Drogas <input type="radio"/> Trastorno de Alimentación, Anorexia Nervosa/Bulimia <input type="radio"/> Enfisema/COPD <input type="radio"/> Cálculos Biliares <input type="radio"/> Enfermedades del Corazón <input type="radio"/> Enfermedad de la Válvula del Corazón <input type="radio"/> Hepatitis Tipo C <input type="radio"/> Hernia <input type="radio"/> Presión Sanguínea Alta <input type="radio"/> Colesterol Alto <input type="radio"/> Enfermedad del Riñón/Vejiga <input type="radio"/> Enfermedad del Hígado	<input type="radio"/> Síndrome de Fatiga Crónica <input type="radio"/> Crohn o Colitis Ulcerativa <input type="radio"/> Depresión o Ansiedad <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Adicción a Drogas <input type="radio"/> Trastorno de Alimentación, Anorexia Nervosa/Bulimia <input type="radio"/> Enfisema/COPD <input type="radio"/> Cálculos Biliares <input type="radio"/> Enfermedades del Corazón <input type="radio"/> Enfermedad de la Válvula del Corazón <input type="radio"/> Hepatitis Tipo C <input type="radio"/> Hernia <input type="radio"/> Presión Sanguínea Alta <input type="radio"/> Colesterol Alto <input type="radio"/> Enfermedad del Riñón/Vejiga <input type="radio"/> Enfermedad del Hígado	<input type="radio"/> Síndrome de Fatiga Crónica <input type="radio"/> Crohn o Colitis Ulcerativa <input type="radio"/> Depresión o Ansiedad <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Adicción a Drogas <input type="radio"/> Trastorno de Alimentación, Anorexia Nervosa/Bulimia <input type="radio"/> Enfisema/COPD <input type="radio"/> Cálculos Biliares <input type="radio"/> Enfermedades del Corazón <input type="radio"/> Enfermedad de la Válvula del Corazón <input type="radio"/> Hepatitis Tipo C <input type="radio"/> Hernia <input type="radio"/> Presión Sanguínea Alta <input type="radio"/> Colesterol Alto <input type="radio"/> Enfermedad del Riñón/Vejiga <input type="radio"/> Enfermedad del Hígado

(continúa en la siguiente página)

(continuación de la página A-2)

	Suscriptor	Cónyuge/ Pareja de Hecho	Dependiente #1	Dependiente #2	Dependiente #3	Dependiente #4
4.	<input type="radio"/> Lupus/SLE <input type="radio"/> Menopausia <input type="radio"/> Trastorno Mental <input type="radio"/> Mal de MS/ALS/ Parkinson/Alzheimer <input type="radio"/> Marcapasos <input type="radio"/> Enfermedad de la Próstata <input type="radio"/> Artritis Reumática <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Enfermedad de Células Sanguíneas <input type="radio"/> Problemas Estomacales o Intestinales <input type="radio"/> Derrame Cerebral <input type="radio"/> Ulcera <input type="radio"/> Ninguna de Arriba <input type="radio"/> Otras 	<input type="radio"/> Lupus/SLE <input type="radio"/> Menopausia <input type="radio"/> Trastorno Mental <input type="radio"/> Mal de MS/ALS/ Parkinson/Alzheimer <input type="radio"/> Marcapasos <input type="radio"/> Enfermedad de la Próstata <input type="radio"/> Artritis Reumática <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Enfermedad de Células Sanguíneas <input type="radio"/> Problemas Estomacales o Intestinales <input type="radio"/> Derrame Cerebral <input type="radio"/> Ulcera <input type="radio"/> Ninguna de Arriba <input type="radio"/> Otras 	<input type="radio"/> Lupus/SLE <input type="radio"/> Menopausia <input type="radio"/> Trastorno Mental <input type="radio"/> Mal de MS/ALS/ Parkinson/Alzheimer <input type="radio"/> Marcapasos <input type="radio"/> Enfermedad de la Próstata <input type="radio"/> Artritis Reumática <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Enfermedad de Células Sanguíneas <input type="radio"/> Problemas Estomacales o Intestinales <input type="radio"/> Derrame Cerebral <input type="radio"/> Ulcera <input type="radio"/> Ninguna de Arriba <input type="radio"/> Otras 	<input type="radio"/> Lupus/SLE <input type="radio"/> Menopausia <input type="radio"/> Trastorno Mental <input type="radio"/> Mal de MS/ALS/ Parkinson/Alzheimer <input type="radio"/> Marcapasos <input type="radio"/> Enfermedad de la Próstata <input type="radio"/> Artritis Reumática <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Enfermedad de Células Sanguíneas <input type="radio"/> Problemas Estomacales o Intestinales <input type="radio"/> Derrame Cerebral <input type="radio"/> Ulcera <input type="radio"/> Ninguna de Arriba <input type="radio"/> Otras 	<input type="radio"/> Lupus/SLE <input type="radio"/> Menopausia <input type="radio"/> Trastorno Mental <input type="radio"/> Mal de MS/ALS/ Parkinson/Alzheimer <input type="radio"/> Marcapasos <input type="radio"/> Enfermedad de la Próstata <input type="radio"/> Artritis Reumática <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Enfermedad del Células Sanguíneas <input type="radio"/> Problemas Estomacales o Intestinales <input type="radio"/> Derrame Cerebral <input type="radio"/> Ulcera <input type="radio"/> Ninguna de Arriba <input type="radio"/> Otras 	<input type="radio"/> Lupus/SLE <input type="radio"/> Menopausia <input type="radio"/> Trastorno Mental <input type="radio"/> Mal de MS/ALS/ Parkinson/Alzheimer <input type="radio"/> Marcapasos <input type="radio"/> Enfermedad de la Próstata <input type="radio"/> Artritis Reumática <input type="radio"/> Convulsiones <input type="radio"/> Enfermedad de Células Sanguíneas <input type="radio"/> Problemas Estomacales o Intestinales <input type="radio"/> Derrame Cerebral <input type="radio"/> Ulcera <input type="radio"/> Ninguna de Arriba <input type="radio"/> Otras
5. ¿Tiene usted síntomas <i>inexplicables</i> y/o <i>no diagnosticados</i> , no asociados con las enfermedades en la pregunta 4? Importante: Marque todas las que aplican o "Ninguna de arriba"	<input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Inflamación de las Glándulas <input type="radio"/> Dolor de Pecho <input type="radio"/> Dificultad para Respirar <input type="radio"/> Dolor Abdominal o Pélvico <input type="radio"/> Pérdida del Sentido <input type="radio"/> Pérdida de Peso Inexplicable <input type="radio"/> Sangrado Rectal <input type="radio"/> Pérdida de Apetito <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Erupción Cutánea <input type="radio"/> Lesiones en la Piel <input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Ninguna de Arriba	<input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Inflamación de las Glándulas <input type="radio"/> Dolor de Pecho <input type="radio"/> Dificultad para Respirar <input type="radio"/> Dolor Abdominal o Pélvico <input type="radio"/> Pérdida del Sentido <input type="radio"/> Pérdida de Peso Inexplicable <input type="radio"/> Sangrado Rectal <input type="radio"/> Pérdida de Apetito <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Erupción Cutánea <input type="radio"/> Lesiones en la Piel <input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Ninguna de Arriba	<input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Inflamación de las Glándulas <input type="radio"/> Dolor de Pecho <input type="radio"/> Dificultad para Respirar <input type="radio"/> Dolor Abdominal o Pélvico <input type="radio"/> Pérdida del Sentido <input type="radio"/> Pérdida de Peso Inexplicable <input type="radio"/> Sangrado Rectal <input type="radio"/> Pérdida de Apetito <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Erupción Cutánea <input type="radio"/> Lesiones en la Piel <input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Ninguna de Arriba	<input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Inflamación de las Glándulas <input type="radio"/> Dolor de Pecho <input type="radio"/> Dificultad para Respirar <input type="radio"/> Dolor Abdominal o Pélvico <input type="radio"/> Pérdida del Sentido <input type="radio"/> Pérdida de Peso Inexplicable <input type="radio"/> Sangrado Rectal <input type="radio"/> Pérdida de Apetito <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Erupción Cutánea <input type="radio"/> Lesiones en la Piel <input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Ninguna de Arriba	<input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Inflamación de las Glándulas <input type="radio"/> Dolor de Pecho <input type="radio"/> Dificultad para Respirar <input type="radio"/> Dolor Abdominal o Pélvico <input type="radio"/> Pérdida del Sentido <input type="radio"/> Pérdida de Peso Inexplicable <input type="radio"/> Sangrado Rectal <input type="radio"/> Pérdida de Apetito <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Erupción Cutánea <input type="radio"/> Lesiones en la Piel <input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Ninguna de Arriba	<input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Inflamación de las Glándulas <input type="radio"/> Dolor de Pecho <input type="radio"/> Dificultad para Respirar <input type="radio"/> Dolor Abdominal o Pélvico <input type="radio"/> Pérdida del Sentido <input type="radio"/> Pérdida de Peso Inexplicable <input type="radio"/> Sangrado Rectal <input type="radio"/> Pérdida de Apetito <input type="radio"/> Mareos <input type="radio"/> Erupción Cutánea <input type="radio"/> Lesiones en la Piel <input type="radio"/> Nódulos <input type="radio"/> Ninguna de Arriba
6. ¿Está usted tomando regularmente algún medicamento recetado? En caso de Sí, por favor nombre cada uno de los medicamentos:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No 	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
7. Para mujeres, ¿está usted embarazada?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

La ley de California prohíbe que un servicio de atención médica requiera o utilice un examen para detectar el VIH, como condición para obtener cobertura.

Copias adicionales de este Cuestionario de Salud están disponibles al solicitarlas de su empleador, para que sean llenadas por miembros de su familia mayores de 18 años. Cualquier falta de información afectará la tarifa mensual de su grupo. La información proporcionada es confidencial y sólo será usada para propósitos de clasificación y no para otro propósito.

Una vez que conteste todas las preguntas, firme la autorización de abajo. Para proteger su privacidad, moje las orillas, selle y entregue este cuestionario a su empleador.

Por favor lea, firme y ponga la fecha abajo

Yo certifico que, basado(a) en mi conocimiento, la información de arriba está completa y es verdadera.

X
Firma del Empleado/Suscriptor

Fecha

Instrucciones para la Solicitud de Inscripción

°Instrucciones para el Suscriptor:

1. Revise los **Códigos de Postales de las Áreas de Servicio de Kaiser Permanente** en la página 3 para asegurarse de que su código de área está en la lista.
2. Marque la caja correspondiente a su plan de grupo en la cubierta de este folleto y en su Tarjeta de Identificación Provisional, localizada en la página 5.
3. Llene la **Sección B** de esta *Solicitud de Inscripción*. Asegúrese de llenar todas las áreas para asegurarse de que tenemos su información actual y podemos encontrar cualquier archivo previo de membresía. Por favor use letra de molde y tinta negra.
4. Llene la **Sección C** de esta *Solicitud de Inscripción* por cada dependiente que desea suscribir. Kaiser Permanente verificará la elegibilidad de estos dependientes durante el proceso de inscripción.
5. Verifique con su empleador para ver si usted necesita llenar el Cuestionario de Salud en la **Sección D** de esta *Solicitud de Inscripción* (un requisito para grupos de 6 a 15 empleados suscriptores solamente). Si usted debe llenar la Sección D, por favor siga las instrucciones al principio de la página A-2.
6. Firme y ponga la fecha en la base de la página A-1 (y la página A-3, si aplica).
7. Guarde una copia de la página A-1 de esta *Solicitud de Inscripción*, para que la use con su Tarjeta de Identificación Provisional cuando necesite servicios de atención médica.

Instrucciones para el Empleador:

1. Llene todas las áreas en la **Sección A** para asegurarse de que nosotros tenemos la cuenta y el motivo de inscripción correcto. Siempre indique el motivo apropiado de inscripción. Para "otros" tipos de inscripción, escriba el motivo de la caja de abajo. Asegúrese de incluir la fecha de acontecimiento, donde se solicita.

Si esta suscripción es parte de la instauración de su nuevo grupo con Kaiser Permanente, marque "Comprador Nuevo".

Cuadro de Motivos de la Inscripción

Motivo de la Inscripción	Fecha del Acontecimiento
Cambio de Categoría de Tiempo Parcial a Tiempo Completo	Fecha de la Cobertura de Tiempo Completo
Pérdida de Cobertura	Fecha de la Pérdida de la Cobertura
Se mudó al Área de Servicio	Fecha de la Mudanza
Contratación de Nuevo	Fecha de la Contratación de Nuevo
Regreso de un Despido Temporal/ Permiso de Ausencia	Fecha de Regreso al Trabajo
Regreso del Servicio Militar	Fecha de Regreso al Trabajo

2. El empleador es responsable de confirmar toda la información en la página A-1 de esta *Solicitud de Inscripción* antes de presentarla. Proporcione a cada empleado una copia de la página A-1, para que la usen con su Tarjeta de Identificación Provisional.
3. Para grupos con 6 a 15 empleados suscriptores solamente: Los empleados que se suscriben como parte de la instauración de su grupo nuevo necesitan llenar el Cuestionario de Salud en la **Sección D**, el cual será usado para determinar la tarifa de su grupo. Para proteger la privacidad de su empleado, esta solicitud debe permanecer sellada y sólo puede ser abierta por un representante autorizado de Kaiser Permanente.

NOTA: Todas las inscripciones serán hechas de acuerdo con el contrato entre el comprador y Kaiser Permanente.