

Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia para 2026

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, **800-878-4445**, ProvidenceHealthPlan.com

Complete toda la información de este formulario. Se requiere esta información para procesar su inscripción.

_____ NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR _____ NÚMERO DE GRUPO _____/_____/_____
 FECHA DE CONTRATACIÓN _____/_____/_____
 FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA
 _____ CLASE/SUBGRUPO Inscripción nueva Inscripción abierta Renuncia de cobertura
 (consulte la sección 4) _____/_____/_____
 INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD
 _____ NÚMERO DE ID DEL SUSCRIPTOR _____ MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO* _____/_____/_____
 FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO
 CONTINUIDAD DE LA COBERTURA COBRA/ESTATAL: _____/_____/_____
 FECHA DE INICIO _____/_____/_____
 FECHA DE FINALIZACIÓN * Los motivos incluyen: recontractación de empleado elegible, ascenso, cambio de trabajo, matrimonio, divorcio, muerte, adopción, cambio de dependiente (agregar o eliminar), cambio de nombre o dirección, pérdida involuntaria de otra cobertura, continuidad de la cobertura COBRA o estatal.

_____ DEDUCIBLE DEL PLAN **Como miembro de Choice, deberá elegir un hogar médico. El formulario de selección de hogar médico se encuentra en la página 5.**

1. Información del empleado

_____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ IN. 2.º NOM. _____/_____/_____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
 ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a GÉNERO: Hombre Mujer No binario/otro ("U")
 _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO
 ¿CÓMO SE IDENTIFICA? Hombre transgénero Mujer transgénero No binario Me niego a responder

_____ DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL

2a. Información para inscripción de dependientes dentro del área (Si renuncia, vea la pregunta 4).

AGRE-ELIM- GAR INAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	C. P.:	M/F/ Indef.	
¿CÓMO SE IDENTIFICA?: <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	C. P.:	M/F/ Indef.	
¿CÓMO SE IDENTIFICA?: <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:	CIUDAD:	ESTADO:	C. P.:	M/F/ Indef.	
¿CÓMO SE IDENTIFICA?: <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER							

Si tiene miembros adicionales de la familia para inscribir, inclúyalos en una hoja separada junto con esta solicitud.

2b. Información para inscripción de dependientes fuera del área (Si renuncia, vea la pregunta 4).

AGRE-GAR	ELIM-INAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M/F/ Indef.
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M/F/ Indef.
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M/F/ Indef.
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO <input type="checkbox"/> NO BINARIO <input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER						

Si tiene miembros adicionales de la familia para inscribir, inclúyalos en una hoja separada junto con esta solicitud.

3. Información adicional y/o de cobertura acreditable (Esta sección no es una renuncia de cobertura. Se requiere para el pago de reclamos).

¿Usted o algún familiar tienen un seguro de salud grupal adicional o Medicare? Sí No

Si la respuesta es "Sí", marque el tipo de cobertura: Atención médica Medicamentos recetados Visión

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

___/___/___
F. DE NAC. DEL TITULAR
DE LA PÓLIZA

COMPAÑÍA ASEGURADORA

NÚMERO DE PÓLIZA

___/___/___
FECHA DE VIGENCIA DE
LA PÓLIZA

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA
ASEGURADORA

NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LA(S) PERSONA(S) CUBIERTA(S)

¿Tuvo anteriormente una cobertura de salud de Providence Health Plan? Sí No Si la respuesta es "Sí", indique el número de ID de miembro anterior: _____

4. Información de renuncia de cobertura (Incluya los nombres de todos los miembros elegibles que NO se inscribirán en Providence Health Plan).

PERSONAS QUE RENUNCIAN A LA COBERTURA	TIPO DE COBERTURA (INDIVIDUAL/GRUPO DEL EMPLEADOR/MEDICARE)	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR
---------------------------------------	---	--------------------------	------------------	-------------------------------

Aviso: Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, en el futuro podrá inscribirse usted o a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, tal vez pueda inscribirse usted y a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Comunicaciones: Al firmar este formulario, autorizo a Providence Health Plan y a sus afiliados y proveedores a informarme sobre el plan de salud por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando mi información de contacto asociada que proporciono en este formulario. Comprendo que estas comunicaciones no incluirán marketing, publicidad ni material promocional y que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud a Providence Health Plan.

No deseo recibir correos electrónicos ni mensajes de texto de Providence Health Plan.

Veracidad de la información de inscripción: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, presente esta solicitud con información sustancialmente falsa o que oculte información importante, puede estar sujeta a sanciones penales o civiles y Providence Health Plan puede cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamos. Proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de cometer fraude contra la compañía constituye un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Autorización de deducción de nómina: Autorizo a mi empleador a deducir de mi paga los aportes correspondientes para la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. Esta autorización aplica a dicha cobertura hasta que la rescinda por escrito. (No aplica a la continuidad COBRA/estatal ni a la renuncia de cobertura).

Reconocimiento del suscriptor: Reconozco y comprendo que Providence Health Plan puede solicitar o revelar información médica, salvo notas de psicoterapia, acerca de mí y de mis dependientes (personas indicadas

en este formulario de inscripción para los beneficios de la cobertura) con el fin de: (a) llevar a cabo las operaciones comerciales del plan de salud de Providence Health Plan; (b) facilitar el tratamiento de atención médica; (c) emitir o facilitar el pago de servicios de atención médica; o (d) actuar según lo requerido por la ley. El uso o la divulgación de las notas de psicoterapia de Providence Health Plan se limita a las circunstancias en que el paciente haya proporcionado una autorización firmada.

Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, incluso los usos y las divulgaciones que la ley exija, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Se puede obtener una copia en [ProvidenceHealthPlan.com](https://www.providencehealthplan.com) o llamando al Servicio al Cliente.

FIRMA

____/____/____

FECHA

Cuestionario de raza/etnia

Las siguientes preguntas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades. Estas preguntas son opcionales.

¿Cuáles de las siguientes opciones describen su identidad racial o étnica? Marque todas las opciones que correspondan.

NOMBRE DEL MIEMBRO:

Asiática

- India asiática
- Camboyana
- China
- Comunidades de Myanmar
- Filipina
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiana
- Asiática del Sur
- Vietnamita
- Otra asiática

Indígena americana o nativa de Alaska

- Indígena americana
- Nativa de Alaska

- Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana

Hispana o latina

- Hispana o latina centroamericana
- Hispana o latina mexicana
- Hispana o latina sudamericana
- Otra hispana o latina

Nativa de Hawái o isleña del Pacífico

- Guameña o chamorra
- Marshalesa
- Nativa de Hawái

NOMBRE DEL GRUPO:

- Comunidades de la región de Micronesia
- Samoana
- Tongana
- Otra isleña del Pacífico

Blanca

- Caucásica/blanca (sin afiliación nacional)
- Europea del Este
- Europea Occidental
- Otra blanca (ascendencia africana, australiana, neozelandesa)
- Eslava

Negra o afroamericana

- Afroamericana
- Afrocaribeña
- Etíope

- Somalí
- Otra africana (negra)
- Afro-latina/birracial/otra
- Otra negra

Medio Oriente o Norte de África

- Del Medio Oriente
- Del Norte de África

Otro

- Otro
- No sé
- No quiero responder

Si marcó más de una categoría, ¿hay alguna que considere que es su identidad racial o étnica principal?

Sí (especifique): _____

No: No tengo solo una identidad racial o étnica principal

No: Me identifico como birracial o multirracial

N/C: Solo marqué una categoría de las anteriores.

N/C: No quiero responder.

N/C: No lo sé.

¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

- Inglés
- Español
- Chino - Otro
- Mandarín
- Cantonés
- Vietnamita
- Ruso
- Alemán

- Francés
- Tagalo
- Japonés
- Coreano

- Árabe
- No contesta/no sabe
- Otro

¿Cuál es su idioma escrito de preferencia?

- Inglés
- Español
- Vietnamita
- Chino simplificado

- Ruso
- Otro

- N/C: No lo sé.
- N/C: No quiero responder.

Formulario de selección de hogar médico de Providence

Acerca de este formulario

Algunos planes de salud utilizan un equipo de profesionales de atención médica dirigido por un profesional médico de cabecera (*Primary Care Provider, PCP*) en una clínica designada, que se denomina "hogar médico", para proporcionar y coordinar la atención.

Para aprovechar al máximo los beneficios y el valor de su plan de hogar médico, designe a un proveedor de hogar médico para usted y cada dependiente inscrito. Puede elegir el mismo hogar médico u hogares médicos diferentes para usted y sus dependientes inscritos. **En caso de no elegir un hogar médico, se elegirá uno para usted.**

La selección de hogares médicos se puede hacer a través de **myProvidence.org***, llamando al Servicio al Cliente al **503-574-7500** o al **800-878-4445 (TTY: 711)**, o completando las secciones a continuación y enviando este formulario por fax al **503-574-8208** o por correo postal:

Providence Health Plan
P.O. Box 4327
Portland, OR 97208

1. Información del empleado

PRIMER NOMBRE

IN. 2.º NOM.

APELLIDO

NÚMERO DE ID DEL MIEMBRO

NÚMERO DE GRUPO

TELÉFONO

HOGAR MÉDICO

2. Información de los dependientes y selección del hogar médico

A continuación indique la información del miembro y el hogar médico seleccionado. Consulte el directorio de proveedores disponible en **ProvidenceHealthPlan.com/ProviderDirectory** para obtener información sobre las opciones de hogares médicos. Si necesita más espacio, use una página aparte.

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

IN. 2.º NOM. N.º DE ID DEL MIEMBRO

HOGAR MÉDICO

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	N.º DE ID DEL MIEMBRO	HOGAR MÉDICO

Información de contacto

Para obtener más información sobre los beneficios de su plan o información sobre un hogar médico específico, comuníquese con el Servicio al Cliente al **503-574-7500** o al **1-800-878-4445**, o visite **ProvidenceHealthPlan.com/ContactUs**.

*Después de la inscripción y al crear una cuenta gratuita de myProvidence.

