



SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA LOS PLANES PARA INDIVIDUOS Y FAMILIAS DE KAISER PERMANENTE

NOTE: Esta solicitud podría ser parte de su archivo médico permanente si se aprueba su membresía. Podría ser revisada otra vez por un médico junto con usted. Usted debe contestar todas las preguntas completamente. Cualquier omisión retrasará el proceso de su solicitud.

I. CADA PERSONA DE LA FAMILIA DEBE LLENAR SU PROPIA SOLICITUD DE MEMBRESÍA

A. Estatura (sin zapatos): [] Pies [] Pulgadas (vestido): [] Lbs. Peso

B. Hombre Mujer

C. Soltero/a Casado/a Compañero/a (Vea el DI/PC para elegibilidad)

D. Si usted ha sido miembro de Kaiser Permanente bajo otro nombre, ¿qué nombre uso?:

Apellido [] Primer Nombre []

Número Previo de Archivo Médico []

E. Solicitud de Membresía para:

Apellido []

Primer Nombre [] 2do.Nom. [] Sr. Sra. Srta.

F. Fecha de Nacimiento []

1. ¿Cuántas veces ha estado usted hospitalizado en los últimos 12 meses, a excepción de embarazo?

- Nunca 2 veces
 1 vez 3 ó más

2. ¿Cuántas veces ha requerido atención médica en los últimos 12 meses, a excepción de embarazo?

- 0-2 veces 6-8 veces
 3-5 veces 9 ó más

3. ¿En los últimos 3 años le han recomendado, pero no se ha hecho, cirugía, tratamiento, examen, evaluación, o prueba para cualquier condición médica?

- Sí No

4. (a) Si alguna vez fumó regularmente cigarrillos, ¿Cuál era su promedio diario de uso?

- 1/2 cajetilla o menos 2 o más cajetillas
 1 cajetilla No Aplica
 1 1/2 cajetilla

(b) ¿Por cuánto tiempo?

- 9 años o menos 20-29 años
 10-14 años Más de 30 años
 15-19 años No Aplica

5. ¿En los últimos 5 años, ha tomado o usado drogas ilegales o medicamentos no recetados por un doctor?

- Sí No

6. ¿En los últimos 5 años, ha participado en un programa para lidiar con SU abuso de alcohol o drogas?

- Sí No

La ley de California prohíbe que un examen del VIH sea requerido o usado por planes de servicio de atención de salud como una condición para obtener cobertura.

7. ¿Dentro de los 5 últimos años, ha sido tratado para, o un doctor le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones? (por favor marque todas las que aplican):

- SIDA, ARC Ciclo de Menstruación dolorosa o enfermedad de la reproducción fem.
 Enfermedades Transmitidas sexualmente Lupus/SLE
 Hepatitis Implantes de silicona en los senos
 Hernia no reparada/Reflujo GI Melanoma/Cáncer Senos
 Dolor o Lesión de la Espalda/Cuello Próstata/Vejiga
 Transplante de médula Cáncer de la piel
 Colitis de Crohn's o de úlcera Otros cánceres
 Depresión o ansiedad Aneurisma
 Condición de salud mental Mal de MS/ALS/Parkinson/Alzheimer's
 Trastorno de alimentación, anorexia nerviosa/bulimia Enfermedad neurológica
 Enfermedad del corazón o válvulas Enfermedad de Parkinson/Alzheimer's
 Asma Enfermedad Próstata
 Enfisema/COPD Artritis
 Enfermedad del pulmón, otra enfermedad crónica Reumática
 Presión sanguínea alta Convulsiones
 Colesterol alto Anemia depreanocít.
 Enfermedad Riñón/ Vejiga piedras en riñones Diabetes
 Enfermedad del hígado Problemas del intestino o estómago
 Piedras en vesícula biliar Derrame cerebral
 Anemia u otra enfermedad de la sangre Nódulos
 Úlcera

Otras condiciones que no están específicamente en la solicitud _____

Ninguna de las anteriores

8. (a) ¿Ha consumido usted regularmente dos o más bebidas alcohólicas por día en los últimos 6 meses?

- Sí No

8. (b) En caso afirmativo, ¿qué tipo de bebida y qué cantidad consumió diariamente?

- Cerveza: Nada o menos de 32 oz. 32 oz. o más
Vino: Nada o menos de 18 oz. 18 oz. o más
Licor: Nada o menos de 4 oz. 4 oz. o más

9. ¿Tiene síntomas inexplicables y/o no diagnosticados tales como (por favor marque todos los que aplican):

- Fiebre Sangrado rectal
 Inflamación de glándulas Pérdida del apetito
 Dolor de pecho Mareos
 Dificultad para respirar Fatiga crónica
 Dolor abdominal o pélvico Erupción cutánea
 Pérdida del sentido Lesiones de la piel
 Pérdida de peso inexplicable Nódulos
 Otro _____
 Ninguno de los anteriores

10. ¿Está usted actualmente tomando píldoras anticonceptivas, estrógeno, Premarin, Depo-Provera, etc.?

- Sí No

11. (a) ¿Está usted tomando algún otro medicamento que requiere receta médica aparte de los que aparecen en la pregunta 10?

- Sí No

(b) En caso afirmativo, anote abajo cada medicamento:

12. ¿Está usted esperando a un hijo?

- Sí No

13. Sólo para mujeres mayores de 11:

(a) ¿Está en la etapa premenstrual (nunca ha menstruado), posmenopáusica o le han hecho una histerectomía o ligación tubaria?

- Sí No

(b) En caso negativo, escriba la fecha de su último periodo de menstruación normal:

[] / [] / []
mes día año

II. INFORMACIÓN DE PAGO (SÓLO DEL JEFE DE LA FAMILIA)

Sólo el Jefe de la Familia debe llenar la Sección II - Información de Pago y la Sección III - Familiares que serán Cubiertos.

1. Persona a quien se le debe mandar la cuenta

Apellido

Sr. Sra.
 Srta.

Primer Nombre

2do.Nom.

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social o de Pago de Impuestos

Dirección

Apt. No.

Ciudad

Estado

Código Postal

2. Información de la Cuenta

- Adición de un familiar a una cuenta existente
- Cambio de cobertura de una cuenta existente
- Cuenta nueva

3. ¿Para qué Plan le gustaría aplicar?

- Plan con Deducible de \$1,500
- Plan con Deducible de \$250
- Plan con Pago Suplementario de \$50
- Plan con Pago Suplementario de \$25

4. Está usted solicitando el plan dental opcional?

- No Sí, me gustaría suscribirme el de grupo dental Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC) Group Dental Plan. Al elegir la suscripción, yo estoy de acuerdo en participar en con el grupo Consolidated Group One-Life Trust el cual posee la póliza KPIC Group Dental Policy.

5. Número de Archivo Médico de Kaiser Permanente:

6. Teléfono del Hogar:

7. Teléfono del Trabajo:

Sólo para Agentes

8. Nombre del Agente:

9. Identificación del Agente:

III. FAMILIARES QUE SERÁN CUBIERTOS (ADEMÁS DEL JEFE DE LA FAMILIA)

CADA PERSONA EN LA FAMILIA DEBE LLENAR UNA SOLICITUD DE MEMBRESÍA POR SEPARADO

Relación	Apellido	Primer Nombre	2do Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Número Seguro Social
----------	----------	---------------	------------	---------------------	------------	----------------------

Cónyuge _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

Hijo(a) _____

TODOS LOS SOLICITANTES: POR FAVOR LEAN LA SIGUIENTE INFORMACIÓN Y FIRMEN EN EL LUGAR INDICADO

Si tiene preguntas sobre los beneficios y servicios que son proporcionados o excluidos bajo este acuerdo, por favor contacte a su representante de servicio a los miembros al 1-800-788-0616 antes de firmar esta solicitud.

IV. INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE LA SALUD

NOTA: Usted nos debe informar inmediatamente si su estado de salud o su medicamento actual cambia en cualquier momento antes de que su membresía con el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente pase a ser efectiva. Si no nos informa del dicho cambio puede anular su membresía con el Plan de Salud. Usted puede elegir actualizar la información de su solicitud por teléfono, llamando al 1-800-788-0616, o por fax al 1-800-369-8010, o por escrito a **Kaiser Foundation Health Plan, Individual Programs, 393 E. Walnut Street, LsRs-5, Pasadena, CA 91188-8539, Attention: Health Status Update**. Toda la información escrita y por fax debe ser firmada y fechada por el suscriptor.

Al solicitante: Usted o su representante autorizado puede solicitar una copia de su solicitud llena. Para más información, por favor llame al 1-800-788-0616 .

V. AUTORIZACIÓN PARA REVISAR LA INFORMACIÓN EXISTENTE

Yo aquí autorizo Kaiser Foundation Health Plan a revisar cualquier archivo médico existente de Kaiser Permanente e historial de la atención que me fue proporcionada o a mis dependientes como miembros de Kaiser Foundation Health Plan por un periodo de hasta 5 años precedentes a esta solicitud de membresía para el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente. Esta autorización se aplica a todos los tipos de atención incluyendo el diagnosis y tratamiento de la salud mental, la dependencia química/alcohol, VIH, SIDA, o una condición relacionada al SIDA, y es limitada a la información razonablemente relacionada a determinar mi/nuestra elegibilidad para membresía en el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente. Yo entiendo que Kaiser Foundation Health Plan no divulgará la información recibida durante esta revisión, excepto cuando tenga mi consentimiento por escrito o lo permite las leyes y regulaciones federales y/o estatales. Esta autorización de revisión es efectiva durante todas las veces en que mi/nuestra solicitud y/o elegibilidad son considerados. Si se me acepta como miembro de el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente, yo autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, sin limitaciones e incluyendo todas las categorías de atención mencionadas arriba, a revisar mis archivos médicos de Kaiser Permanente, incluyendo archivos de farmacia, por un periodo de 12 meses después de mi/nuestra fecha de suscripción real y el uso inicial de los servicios para confirmar la consistencia con la información que he presentado en esta solicitud.

VI. ACUERDO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN

Entiendo que, (con excepción de los casos tratados en la Corte de Demandas de Poca Cuantía, quejas sujetas al procedimiento de apelaciones de Medicare, y si estoy suscrito a través de un grupo que está sujeto a ERISA, ciertas disputas relacionadas a beneficios), cualquier disputa entre yo, mis herederos, u otras personas asociadas por una parte y el Plan de Salud, sus proveedores del cuidado de la salud, u otras personas asociadas por otra parte, por la supuesta violación de cualquier deber que surja de, o relacionado con la membresía del Plan de Salud, incluyendo cualquier demanda por negligencia médica o del hospital, por responsabilidad civil de las instalaciones, o relacionada con la cobertura o cumplimiento de servicios o artículos, sin consideración a la teoría legal, debe ser resuelta por un arbitraje obligatorio bajo la ley de California y no a través de un juicio o acudiendo a un proceso en la corte, con excepción de la disposición de la ley aplicable que permite un análisis judicial del procedimiento de arbitraje. Yo estoy de acuerdo en ceder mis derechos a un juicio por jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Yo entiendo que todas las provisiones de arbitraje se encuentran en el **Acuerdo de Membresía** y la **Prueba de Cobertura**.

NOTA: Cualquier representación errónea intencional de su estado de salud actual puede anular su cobertura y la cobertura de los miembros de su familia. (Si no está seguro de su condición médica, por favor pregunte a su médico actual o médico anterior que clarifique su condición específica.)

Para solicitar la membresía, **USTED DEBE FIRMAR AQUÍ**

X	Fecha
----------	--------------

Firma del Solicitante si es mayor de 18 años o menor emancipado (o se requiere la firma del Padre/Tutor Legal) **SÓLO USE TINTA NEGRA.**

Por favor continúe en la página 4.

Sólo Para Uso de la Oficina:	PH 0	CSC 0	AREA No. _____
MEDICAL RECORD NO. _____	FAMILY ACCOUNT No. _____		PURCHASER NO. _____
DATE RECEIVED _____	STATUS: 0 APPROVED 0 DENIED		EFFECTIVE DATE _____

VII. CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD DE HIPAA Y SOLICITUD DE SUSCRIPCIÓN

Nota para los solicitantes en las regiones de Kaiser Permanente **otras a Colorado* y Georgia****:

Usted podría ser elegible para la cobertura individual de Kaiser Permanente sin revisión médica. HIPAA Usted podría ser elegible para la cobertura individual de Kaiser Permanente sin revisión médica. HIPAA, (el Acto de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, HIPAA por sus siglas en inglés) es una ley que le garantiza a individuos la cobertura médica sin una revisión médica si ellos cumplen los siguientes cinco requisitos. Por favor llene esta página de la solicitud y regrésela con las páginas 1-3 para que su elegibilidad de cobertura médica bajo HIPAA pueda ser determinada. De esta manera, si usted no pasa la revisión médica para cobertura médica bajo el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente pero cumple con TODOS los siguientes cinco requisitos, usted tiene garantizada la cobertura en el plan Kaiser Permanente HIPAA, con beneficios muy similares al Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente que usted solicitó. Si usted es elegible, entonces este documento es su oferta de cobertura garantizada en plan de Kaiser Permanente aplicable calificado por HIPAA.

Nota: Nosotros lo suscribiremos en el plan de Kaiser Permanente calificado por HIPAA sólo si usted llena los requisitos de elegibilidad de HIPAA, y sólo si su solicitud para el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente es rechazada. Si califica para los dos planes, nosotros lo suscribiremos a el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente. Los dos planes tienen los mismos beneficios (excepto en Maryland y Ohio), pero las tarifas de Kaiser Permanente HIPAA Individual Plan son significativamente más altas que las tarifas de el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente. Para información sobre las tarifas de un plan específico de HIPAA, llame al 1-800-788-0616.

***Los residentes de Colorado** que no califican para el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente pueden ser elegibles para participar en CoverColorado, un programa de atención médica patrocinado por el estado que garantiza la cobertura. Además, usted podría ser elegible para CoverColorado ahora si usted tiene un total de al menos 18 meses de cobertura médica comprobable sin interrupción en la cobertura por más de 62 días en cualquier momento (incluyendo ahora) y su cobertura más reciente comprobable estaba bajo un plan de salud de grupo. CoverColorado no impone condiciones pre-existentes o limitaciones a la cobertura. Para más información sobre CoverColorado, por favor contáctelos directamente al:

CoverColorado
420 S. Cherry Street, Suite 160
Denver, CO 80246
(303) 863-1960

****Los residentes de Georgia** que no califican para el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente y no son miembros actuales de Kaiser Foundation Health Plan pueden ser elegibles para participar en el Sistema de Asignación de Seguro de la Salud de Georgia (Georgia Health Insurance Assignment System), un programa de atención médica patrocinado por el estado que garantiza la cobertura y en el cual Kaiser Permanente participa. Por favor contacte la Oficina del Comisionado de Seguros y Seguridad contra Incendios de Georgia (Georgia Office of Insurance and Safety Fire Commissioner) en 2 Martin Luther King Dr., Atlanta, GA 30334 or at 1-800-656-2298 para obtener más información sobre este programa. Los residentes de Georgia que no califican para el Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente y que actualmente son miembros de Kaiser Foundation Health Plan pueden elegir ser automáticamente considerados para nuestro Plan de Conversión Aumentado (Enhanced Conversion Plan), nuestro programa que garantiza la cobertura de atención médica disponible a los individuos que califican para HIPAA. Si usted desea utilizar esa opción, por favor contacte a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros al 1-800-788-0616 para obtener una solicitud. No hay necesidad de que usted llene el siguiente cuestionario. Los miembros Fuera-del-Plan de Salud deben pasar a través del programa del estado de Georgia.

CUESTIONARIO

1. Tengo cuando menos 18 meses de cobertura comprobable sin ruptura en la cobertura por más de 63 días en cualquier momento. (Vea el Acuerdo de la Membresía y Documento de Información y Prueba de Cobertura en este folleto para las reglas que se aplican a "ruptura significativa a las reglas de cobertura" para determinar si usted tiene 18 meses.)
2. Mi cobertura atención médica más reciente era a través de un plan de salud de grupo, plan gubernamental o un plan de iglesia.
Para los residentes de Virginia: Mi cobertura atención médica más reciente era a través de cobertura individual, un plan de salud de grupo, plan gubernamental o un plan de iglesia.
3. He elegido y terminado cualquier cobertura de atención médica de continuación disponible bajo la ley Federal (COBRA) y las leyes estatales de continuación de cobertura.
4. Actualmente no tengo otra cobertura de atención médica y no soy elegible para cobertura bajo ningún plan de salud de grupo, plan gubernamental, plan de iglesia, Medicare, o Medi-Cal Medicare.
5. Mi cobertura más reciente NO fue terminada por fraude o por no pagar las tarifas.

Por favor conteste las siguientes tres preguntas:

- | | | | |
|------|--|------|------|
| i. | Yo he leído los cinco enunciados anteriores y atestiguo que cada uno de ellos es completamente cierto. Si contesté "No," yo comprendo que no califico para Kaiser Permanente HIPAA Individual Plan. | 0 Sí | 0 No |
| ii. | Si no califico para Plan para Individuos y Familias de Kaiser Permanente y califico para Kaiser Permanente HIPAA Individual Plan, yo solicito ser suscrito a Kaiser Permanente HIPAA Individual Plan. En caso de "Sí," por favor incluya el/los certificado(s) de cobertura comprobable u otra prueba de cobertura comprobable. Su suscripción a Kaiser Permanente HIPAA Individual Plan podría ser retrasada si no se proporciona prueba de cobertura comprobable. Después de la comprobación de este documento, usted será suscrito a la membresía. | 0 Sí | 0 No |
| iii. | He incluido prueba(s) de cobertura comprobable. | 0 Sí | 0 No |

X	
----------	--

Firma

Fecha