Formulario de inscripción/Cambio de estado/ Exención de la Cámara de Comercio de Bend 2026

Providence Health Plan

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 _____ ☐ Cambio en el estado actual: 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: recontratación de empleado elegible, 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.

PLAN ELEGIDO PARA LA INSCRIPCIÓN: ☐ Premier Connect ☐ Premier Choice ☐ Core Plus ☐ Choice + Connect ☐ Premier _____ DEDUCIBLE

Como miembro de Choice o Connect, tendrá que 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 __/__/__

TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL _____

ESTADO CIVIL: ☐ Casado/a ☐ Soltero/a GÉNERO: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario/otro ("Indef.")

¿CÓMO SE IDENTIFICA? ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ No binario ☐ Me niego a responder

(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

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

AGREGAR	ELIMINAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
☐	☐							M/F/Indef.
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: ☐HOMBRE TRANSGÉNERO ☐MUJER TRANSGÉNERO ☐NO BINARIO ☐SE NIEGA A RESPONDER						
☐	☐							M/F/Indef.
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: ☐HOMBRE TRANSGÉNERO ☐MUJER TRANSGÉNERO ☐NO BINARIO ☐SE NIEGA A RESPONDER						
☐	☐							M/F/Indef.
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: ☐HOMBRE TRANSGÉNERO ☐MUJER TRANSGÉNERO ☐NO BINARIO ☐SE NIEGA A RESPONDER						
☐	☐							M/F/Indef.
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: ☐HOMBRE TRANSGÉNERO ☐MUJER TRANSGÉNERO ☐NO BINARIO ☐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).

AGREGAR	ELIMINAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
☐	☐							M/F/Indef.
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: ☐HOMBRE TRANSGÉNERO ☐MUJER TRANSGÉNERO ☐NO BINARIO ☐SE NIEGA A RESPONDER						
☐	☐							M/F/Indef.
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	
		¿CÓMO SE IDENTIFICA?: ☐HOMBRE TRANSGÉNERO ☐MUJER TRANSGÉNERO ☐NO BINARIO ☐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 60 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 60 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.

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** 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:

NOMBRE DEL GRUPO:

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

¿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

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.

Providence Health Plan