

# Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia para 2025



P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, **800-878-4445**, [ProvidenceHealthPlan.com](http://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	<input type="checkbox"/> Inscripción nueva	<input type="checkbox"/> Inscripción abierta	<input type="checkbox"/> Renuncia de cobertura (consulte la sección 4)
NÚMERO DE ID DEL SUSCRIPTOR	<input type="checkbox"/> Cambio en el estado actual	MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO*	FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO
DEDUCIBLE	* 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.		
CONTINUIDAD DE LA COBERTURA COBRA/ESTATAL:	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	
PLAN ELEGIDO PARA LA INSCRIPCIÓN:	<input type="checkbox"/> Opción Advantage Base	<input type="checkbox"/> Opción Advantage Plus	<input type="checkbox"/> Opción Advantage Premium
	<input type="checkbox"/> HSA	<input type="checkbox"/> Personal	
INSCRIBIRME EN UNA:	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros médicos integrada con HealthEquity®	<input type="checkbox"/> Otro	

## 1. Información del empleado

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	FECHA DE NACIMIENTO
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a	GÉNERO: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario/otro ("U")
¿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
(Estos campos son opcionales. Sus respuestas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades).			
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

## 2. Información para inscripción de dependientes (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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	M / F / U
		¿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:	CÓDIGO POSTAL:	M / F / U
		¿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:	CÓDIGO POSTAL:	M / F / U
		¿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:	CÓDIGO POSTAL:	M / F / U
		¿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						

¿El seguro de alguno de los dependientes se verá afectado por la sentencia/orden de divorcio?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, incluya la parte de la sentencia que muestra la responsabilidad de los gastos médicos.

## 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.

**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
- Japonesa
- Coreana
- 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

- Otra
- 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.