

**Antes de Mandar esta Aplicación Necesitas  
Llamar Eric Tapia para Verificar que es Completo.  
1-888-579-7056**

Por favor imprima esta solicitud, llene el formulario completamente y  
firmarlo y fecharlo:

**Vuelva Fax (909)599-7008**

Or

**O por correo:  
417 W. Allen Ave Suite #114  
San Dimas, CA 91773**

**Si usted tiene alguna pregunta 1-888-579-7056**

Si tienes preguntas o para aplicar:

blue  of california

**Eric Tapia**

**Broker #SUB000141**

417 W. Allen Ave Suite #114  
San Dimas, CA 91773

**Teléfono (888) 579-7056**

**Fax (909)599-7008**

**Correo electronico: [seguromedico hoy@yahoo.com](mailto:seguromedico hoy@yahoo.com)**

**[www.seguromedico hoy.com](http://www.seguromedico hoy.com)**

**PLANES DE SALUD FAMILIARES E INDIVIDUALES**



**Blue Shield of California y**

**Blue Shield of California Life & Health Insurance Company**

**SOLICITUD PARA PLANES DE SALUD FAMILIARES E INDIVIDUALES BLUE SHIELD**

La solicitud debe completarse a máquina o en tinta azul o negra. Asegúrese de contestar todas las preguntas de la forma más completa y exacta posible y de colocar sus iniciales en caso de modificar o corregir la información. Si completa la solicitud en su totalidad evitará retrasos en el procesamiento o su posible devolución. Envíe su solicitud completa, con TODAS las páginas, de la 1 a la 12. Llame a Blue Shield al (800) 431-2809 o comuníquese con su agente si necesita ayuda para completar la solicitud o para obtener la dirección a dónde enviarla.

**CÓDIGO DE MERCADO (PARA USO EXCLUSIVO DEL PRODUCTOR)**

RAZÓN DE LA SOLICITUD  Nueva inscripción  Traspaso de plan  Incorporación de un familiar a la cobertura actual

PARTE 1 – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: si indica al cónyuge/pareja doméstica de menos edad como el solicitante primario se reducirán sus pagos/cuotas mensuales.

Número de Seguro Social del solicitante	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
_____	_____	_____
	Apellido	_____

<input type="checkbox"/> Masculino	Casada/o: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Estatura (m, cm)	Peso (kg)
<input type="checkbox"/> Femenino	Pareja doméstica: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	____/____/____	_____	_____

**Elija un plan de salud (marque sólo una casilla):**

Shield Spectrum PPO <input type="checkbox"/> 5000* <input type="checkbox"/> 5500	Vital Shield* <input type="checkbox"/> 900 <input type="checkbox"/> 2900	Shield Savings <input type="checkbox"/> 1800/3600* <input type="checkbox"/> 3500* <input type="checkbox"/> 4000/8000* <input type="checkbox"/> 5200*	Active Start plans* <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 25 Generic Rx <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 35 Generic Rx
Access+ <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Value HMO	Vital Shield Plus* <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 400 Generic Rx <input type="checkbox"/> 900 <input type="checkbox"/> 900 Generic Rx <input type="checkbox"/> 2900 <input type="checkbox"/> 2900 Generic Rx		
Balance plans* <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 1700 <input type="checkbox"/> 2500			
Essential plans* <input type="checkbox"/> 1750 <input type="checkbox"/> 3000 <input type="checkbox"/> 4500			

Sólo Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) (visite blueshieldca.com para encontrar un proveedor): Nombre del médico personal: _____	Proveedor #: _____	IPA/grupo médico #: _____ <input type="checkbox"/> Marque si es paciente actual
--	--------------------	--

Si solicita SÓLO la emisión garantizada, llene únicamente las Partes 1 a la 3 y 8 a la 11. Consulte la Parte 11 para obtener más información sobre los planes de emisión garantizada.

Marque esta casilla si no está interesado en un plan de emisión garantizada.

Opciones de pago:  Easy\$Pay (complete la página 12)  Tarjeta de crédito (complete la página 12)  Facturación mensual directa  Facturación trimestral directa

Teléfono laboral del solicitante # ( )	Teléfono de residencia del solicitante # ( )	Fax del solicitante # ( )
Otros nombres bajo los cuales haya recibido cuidados		Número de miembro actual
_____		_____

¿Ha residido en California durante los últimos seis meses?  Sí  No Si respondió no, ¿cuál fue su último lugar de residencia? \_\_\_\_\_  
Si respondió no, es posible que se le soliciten expedientes médicos que documenten un examen físico completo realizado por un médico de California en los últimos seis meses.

Dirección particular (no se admiten apartados postales)

Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____ - _____

Condado de residencia

Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)

Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____ - _____

Dirección postal (si es distinta de la dirección particular)

Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____ - _____

Ocupación del solicitante	Empleador y dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____	_____ - _____

Ocupación del cónyuge/pareja doméstica	Empleador y dirección del empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
_____	_____	_____	_____	_____ - _____

Para ayudarnos a brindarle un mejor servicio en el futuro, indique el idioma de su preferencia:  inglés  español  chino  vietnamita  otro:

Marque el método de contacto de su preferencia: <input type="checkbox"/> Teléfono de residencia <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo estándar	Dirección de correo electrónico del solicitante
_____	_____

Si ha sido miembro de Blue Shield, indique su número anterior de Blue Shield:	Fecha de cancelación (MM/DD/AAAA) ____/____/____
_____	_____

¿Desea que la fecha de vigencia del plan coincida con la fecha de finalización de su seguro médico a corto plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Fecha de finalización del seguro de salud a corto plazo ____/____/____	Fecha de vigencia solicitada (consulte la Parte 10, inciso 4 para obtener instrucciones) ____/____/____
_____	_____

\* Suscrito por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

An Independent Member of the Blue Shield Association C12900-AE-A-SP (7/10)

**PARTE 2: OPCIONES DE PLANES COMPLEMENTARIOS**

También puede adquirir un plan dental o un seguro de vida como complemento de su cobertura médica. **TENGA EN CUENTA:** los planes de emisión garantizada no son elegibles para opciones de cobertura de seguro de vida.

**Opciones de planes dentales** (marque una):  Dental HMO (DHMO)  Dental PPO (DPPO)  Value Smile PPO  Ningún plan dental  
 Si marcó Dental HMO (visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un proveedor de servicios dentales o para responder preguntas, llame al (800) 431-2809):  
 Nombre del proveedor de servicios dentales: \_\_\_\_\_ Proveedor de servicios dentales #: \_\_\_\_\_

**Opciones de seguros de vida\*** (marque una): los solicitantes menores de un 1 año de edad no son elegibles para un seguro de vida. Estas opciones son válidas únicamente para el solicitante primario. Los hijos pueden solicitar una opción de seguro de vida hasta de \$30,000 y los cónyuges/parejas domésticas pueden solicitar una opción de seguro de vida hasta de \$90,000 en la Parte 3 de esta solicitud.  
 \$10,000 (solicitantes entre 1 y 64 años de edad)  \$30,000 (solicitantes entre 1 y 64 años de edad)  
 \$60,000 (solicitantes entre 1 y 64 años de edad)  \$90,000 (solicitantes entre 19 y 49 años de edad)  Ningún seguro de vida  
 La información sobre el beneficiario aplica únicamente al solicitante primario. Si no ha indicado un beneficiario y se emite la póliza, los beneficios por fallecimiento se pagarán de acuerdo con la póliza. El porcentaje indicado debe sumar 100%.  
 Beneficiario: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ (%) \_\_\_\_\_  
 Beneficiario: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ (%) \_\_\_\_\_

**Bridge Plan\*** (anexo de indemnización para seguro hospitalario)  (disponible para Shield Savings 3500, 4000/8000, y 5200)  
 \* Suscrito por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

**PARTE 3 – INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES:** mencione a todos los familiares que desea cubrir. Los hijos dependientes deben ser menores de 19 años de edad, o menores de 23 años de edad si son estudiantes de tiempo completo y no están casados ni tienen pareja doméstica. Tome nota: si considera un plan médico por separado para sus dependientes, éstos son elegibles para seleccionar cualquier plan dental o de seguro de vida de los enumerados a continuación. Los dependientes serán considerados como solicitantes primarios para cada nuevo plan seleccionado.

Únicamente para planes HMO, seleccione un médico personal para cada familiar de la Red médica y hospitalaria HMO de Blue Shield para su área de servicio. Si tiene preguntas, llame al (800) 424-6521. Para Dental HMO: seleccione un proveedor de servicios del Directorio de proveedores de servicios dentales Dental HMO. Si tiene preguntas con respecto a la selección de su proveedor de servicios dentales, llame al (800) 431-2809. Visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) para encontrar un médico personal o un proveedor de servicios dentales.

Parentesco	Sexo	Primer nombre	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	Apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Estatura (m, cm.)	Peso (kg)
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				____-____-____	____/____/____		

Sólo para planes HMO: nombre del médico personal: \_\_\_\_\_ Proveedor #: \_\_\_\_\_ Grupo médico/IPA #: \_\_\_\_\_ Marque si es un paciente actual

Considere a mi cónyuge/pareja doméstica para un plan por separado  **Elija el plan (marque sólo una casilla):** Access+ Plan:  Value HMO  HMO Balance Plan:  1000  1700  2500  
 Essential Plan:  1750  3000  4500 Vital Shield:  900  2900 Vital Shield Plus:  400  400 Generic Rx  900  900 Generic Rx  2900  2900 Generic Rx  
 PPO Plan:  5000  5500 Shield Savings:  1800  3500  4000  5200 Active Start Plan:  25  25 Generic Rx  35  35 Generic Rx  
**Bridge Plan:**  (disponible para Shield Savings 3500, 4000 y 5200)  
**Cobertura dental:**  HMO  PPO  Value Smile PPO  Ningún plan dental **Dental HMO únicamente:** Proveedor dental #: \_\_\_\_\_ Nombre de proveedor dental: \_\_\_\_\_  
**Seguro de vida opcional:**  \$10,000  \$30,000 (solicitantes entre 1 y 64 años de edad)  \$60,000 (solicitantes entre 19 y 64 años de edad)  \$90,000 (solicitantes entre 19 y 49 años de edad)  
 Beneficiario \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija					____-____-____	____/____/____		
---	--	--	--	--	----------------	----------------	--	--

Sólo para planes HMO: Nombre del médico personal: \_\_\_\_\_ Proveedor #: \_\_\_\_\_ Grupo médico/IPA #: \_\_\_\_\_ Marque si es un paciente actual

Considere a mi hijo para un plan por separado  **Elija un plan (marque sólo una casilla):** Access+ Plan:  Value HMO  HMO Balance Plan:  1000  1700  2500  
 Essential Plan:  1750  3000  4500 Vital Shield:  900  2900 Vital Shield Plus:  400  400 Generic Rx  900  900 Generic Rx  2900  2900 Generic Rx  
 PPO Plan:  5000  5500 Shield Savings:  1800  3500  4000  5200 Active Start Plan:  25  25 Generic Rx  35  35 Generic Rx  
**Bridge Plan:**  (disponible para Shield Savings 3500, 4000 y 5200)  
**Cobertura dental:**  HMO  PPO  Value Smile PPO  Ningún plan dental **Dental HMO únicamente:** Proveedor dental #: \_\_\_\_\_ Nombre de proveedor dental: \_\_\_\_\_  
**Seguro de vida opcional:**  \$10,000  \$30,000 Beneficiario \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija					____-____-____	____/____/____		
---	--	--	--	--	----------------	----------------	--	--

Sólo para planes HMO: nombre del médico personal: \_\_\_\_\_ Proveedor #: \_\_\_\_\_ Grupo médico/IPA #: \_\_\_\_\_ Marque si es un paciente actual

Considere a mi hijo para un plan por separado  **Elija un plan (marque sólo una casilla):** Access+ Plan:  Value HMO  HMO Balance Plan:  1000  1700  2500  
 Essential Plan:  1750  3000  4500 Vital Shield:  900  2900 Vital Shield Plus:  400  400 Generic Rx  900  900 Generic Rx  2900  2900 Generic Rx  
 PPO Plan:  5000  5500 Shield Savings:  1800  3500  4000  5200 Active Start Plan:  25  25 Generic Rx  35  35 Generic Rx  
**Bridge Plan:**  (disponible para Shield Savings 3500, 4000 y 5200)  
**Cobertura dental:**  HMO  PPO  Value Smile PPO  Ningún plan dental **Dental HMO únicamente:** Proveedor dental #: \_\_\_\_\_ Nombre de proveedor dental: \_\_\_\_\_  
**Seguro de vida opcional:**  \$10,000  \$30,000 Beneficiario \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija					____-____-____	____/____/____		
---	--	--	--	--	----------------	----------------	--	--

Sólo para planes HMO: nombre del médico personal: \_\_\_\_\_ Proveedor #: \_\_\_\_\_ Grupo médico/IPA #: \_\_\_\_\_ Marque si es un paciente actual

Considere a mi hijo para un plan por separado  **Elija un plan (marque sólo una casilla):** Access+ Plan:  Value HMO  HMO Balance Plan:  1000  1700  2500  
 Essential Plan:  1750  3000  4500 Vital Shield:  900  2900 Vital Shield Plus:  400  400 Generic Rx  900  900 Generic Rx  2900  2900 Generic Rx  
 PPO Plan:  5000  5500 Shield Savings:  1800  3500  4000  5200 Active Start Plan:  25  25 Generic Rx  35  35 Generic Rx  
**Bridge Plan:**  (disponible para Shield Savings 3500, 4000 y 5200)  
**Cobertura dental:**  HMO  PPO  Value Smile PPO  Ningún plan dental **Dental HMO únicamente:** Proveedor dental #: \_\_\_\_\_ Nombre de proveedor dental: \_\_\_\_\_  
**Seguro de vida opcional:**  \$10,000  \$30,000 Beneficiario \_\_\_\_\_

Certificación para estudiantes de 19 años de edad o mayores (deben ser menores de 23 años de edad). Certifico que mi dependiente mencionado a continuación se encuentra inscrito actualmente como estudiante de tiempo completo (no aplica a hijos de tutores legales). Si tiene más de dos dependientes de 19 años de edad o mayores que sean estudiantes de tiempo completo, adjunte una hoja adicional con la información solicitada y marque esta casilla.

Nombre	Horas/semana	Unidades	Escuela	Dirección:
Nombre	Horas/semana	Unidades	Escuela	Dirección:

PARTE 4 – HISTORIAL MÉDICO: responda TODAS las preguntas. Recuerde firmar con sus iniciales cualquier cambio/corrección que tenga que hacer cuando llene el cuestionario.

**¿Usted o algún familiar realizó consultas médicas en los últimos diez años o recibió tratamiento (incluso medicamentos recetados) de un profesional de la salud autorizado por alguna de las siguientes afecciones?**

Se deben marcar todas las preguntas (✓) "Sí" o "No". Responda de la forma más completa y exacta posible. En la Parte 6 deben proporcionarse detalles completos de cualquier pregunta cuya respuesta haya sido "Sí".	SÍ	NO
1. <i>Sistema nervioso</i> : como migraña, trastorno convulsivo, pérdida del conocimiento, epilepsia, parálisis, distrofia muscular, esclerosis múltiple, accidente cerebro-vascular, parálisis cerebral o retraso mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <i>Sistema cardiovascular</i> : como problemas de corazón o de válvulas, enfermedad coronaria, ataque cardíaco, soplo cardíaco, pericarditis, prolapso de la válvula mitral, insuficiencia de la válvula cardíaca, fiebre reumática, palpitaciones, presión arterial alta, dificultades para respirar, dolores de pecho, triglicéridos o colesterol elevado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <i>Sistema circulatorio</i> : como venas varicosas, enfermedad vascular periférica, flebitis, coágulos sanguíneos, accidente cerebro-vascular, trastornos o enfermedades de la sangre (excepto la infección por el VIH), anemia o ganglios linfáticos hinchados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <i>Vías respiratorias</i> : como asma, enfermedad reactiva de las vías respiratorias, bronquitis, alergias, sinusitis, enfermedades, trastornos o lesiones de los pulmones o del sistema respiratorio, enfisema, tuberculosis, tos con sangre, dificultad para respirar, neumonía, fibrosis quística, fibrosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o apnea del sueño. <b>Si padece asma o alergias (marque la frecuencia con un círculo): todos los días, una vez por semana, una vez por mes, por temporada</b> <b>Gravedad (marque con un círculo): leve, moderada, severa, otro</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A. <i>Sistema musculoesquelético</i> : como dolor, lesiones, esguinces u otros problemas de cuello, columna o espalda, ciática, discos protuberantes o herniados, curvatura de columna, escoliosis, dolor, lesiones u otros problemas de las articulaciones, huesos o músculos, artritis, artritis reumatoide, síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), enfermedad de Lyme, huesos fracturados o piezas metálicas de sujeción retenidas, articulaciones dislocadas, juanetes, dedo martillo, síndrome del túnel carpiano, discapacidad física, polio; amputaciones. B. <b>Si recibió tratamiento quiropráctico, explique la razón del tratamiento:</b> _____ <b>Cantidad de tratamientos quiroprácticos en los últimos seis meses:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Sistema metabólico</i> : como diabetes, gota, trastornos de la tiroides o las glándulas suprarrenales, deficiencias hormonales o de hormonas del crecimiento, trastornos del sistema inmunológico (con excepción de la infección por el VIH) como: lupus, síndrome de Raynaud, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC), tratamientos para el SIDA/ARC con terapia de AZT, HIVID o pentamida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Cáncer (maligno)</i> : como leucemia, enfermedad de Hodgkin, melanoma maligno, tumores/quistes, linfomas. <b>Tipo:</b> _____ <b>Si respondió Sí, marque con un círculo el tipo de tratamiento: quimioterapia, radioterapia, otro.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Anormalidades congénitas, defectos de nacimiento</i> : como síndrome de Down, parálisis cerebral, labio leporino o paladar hendido, pie zambo, retraso en el desarrollo u otras anomalías neurológicas o físicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alcoholismo, dependencia a las drogas o abuso de sustancias <b>Tipo:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Orientación o tratamiento por síntomas de depresión, maníaco-depresión, ansiedad, ataques de pánico, nerviosismo, trastorno mental o emocional, esquizofrenia, problemas de comportamiento, hiperactividad, desorden de déficit de atención, trastorno alimenticio, bulimia, anorexia, abuso de alcohol u otras sustancias, o por cualquier otro motivo <b>¿Se encuentra actualmente en tratamiento? Si respondió sí, mencione la razón de la orientación y la frecuencia del tratamiento</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**¿Usted o algún familiar solicitante ha consultado a un profesional en los últimos cinco años o ha recibido algún tratamiento (incluso medicamentos recetados) de un profesional de la salud autorizado en relación con alguna de las siguientes afecciones?**

Se deben marcar todas las preguntas (✓) "Sí" o "No". Responda de la forma más completa y exacta posible. En la Parte 6 deben proporcionarse detalles completos de cualquier pregunta cuya respuesta haya sido "Sí".	SÍ	NO
11. <i>Aparato reproductor masculino</i> : como problemas de próstata, impotencia, problemas de las glándulas mamarias masculinas, ginecomastia, infecciones, herpes, sífilis, gonorrea u otras enfermedades venéreas (excepto la infección por el VIH), o ¿el solicitante, cónyuge o pareja doméstica, mencionado o no en la solicitud, está o estuvo en tratamiento por infertilidad dentro de los últimos 24 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A. <i>Aparato reproductor femenino</i> : como problemas de senos, implantes de senos, adherencias, sangrado anormal, amenorrea, aborto espontáneo o inducido, endometriosis, fibromas, Papanicolaou anormal, problemas de ovarios, útero y órganos femeninos relacionados, fertilización in vitro, infecciones, verrugas genitales, herpes, sífilis u otras enfermedades venéreas (excepto la infección por el VIH), o ¿el solicitante, cónyuge o pareja doméstica mencionado o no en la solicitud está o estuvo en tratamiento por infertilidad dentro de los últimos 24 meses? <b>Tipo de implantes (marque con un círculo): salinos o siliconas</b> B. ¿Menstrúa alguna solicitante comprendida entre las edades de 12 a 55 años de edad? 1. Si respondió sí, escriba los nombres de los familiares: _____; _____; _____ 2. ¿Han pasado más de 40 días desde el último período menstrual? _____ 3. Si respondió sí, escriba los nombres de los familiares: _____; _____; _____ 4. Explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <i>Aparato digestivo</i> : como trastornos o enfermedades bucales, de la lengua, del esófago o del estómago, úlcera, trastorno de la vesícula biliar, enfermedad hepática, cirrosis, ictericia, ascitis, pancreatitis, problemas de colon, intestinales o rectales, colitis, diarrea crónica, hemorroides, hernias, problemas alimenticios o de peso o hepatitis. <b>Si padece hepatitis, tipo(s): A, B, C u otro</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. <i>Tracto urinario</i> : como cólicos renales, cálculos o piedras, problemas de uretra, vejiga, uréter o renales, infecciones del tracto urinario, constricción o pielonefritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <i>Afecciones de la piel</i> : como cáncer de piel, melanoma, soriasis, queratosis, acné, herpes, verrugas, marcas de nacimiento o quemaduras graves.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <i>Enfermedades o problemas de los ojos o de la vista, de los oídos o de la audición, de la nariz o respiratorios, de la garganta o dificultad para tragar</i> : como infecciones de los ojos, oídos, nariz o garganta, estrabismo, glaucoma, cataratas, desprendimiento de retina, pólipos, tabique nasal desviado, ronquidos excesivos, problemas de amígdalas o adenoides o apnea del sueño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <i>Resultados de laboratorio anormales</i> : como análisis de sangre, rayos X, electrocardiograma (EKG), conducción nerviosa, estudios del flujo sanguíneo, imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografía computada (CT), tomografía de emisión de positrones (PET) u otros análisis (excepto por análisis para la detección de anticuerpos del VIH).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Prótesis, implantes o piezas metálicas de sujeción retenidas <b>Tipo:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número de Seguro Social del solicitante

**PARTE 4 – HISTORIAL MÉDICO (continuación):** responda TODAS las preguntas. Recuerde firmar con sus iniciales cualquier cambio/corrección que tenga que hacer cuando llene el cuestionario.

**Se deben marcar todas las preguntas (✓) "Sí" o "No". Responda de la forma más completa y exacta posible. En la Parte 6 deben proporcionarse detalles completos de cualquier pregunta cuya respuesta haya sido "Sí".**

19. ¿Usted o algún familiar solicitante ha tomado o le han recetado medicamentos en los últimos 12 meses? Si respondió sí, complete la Parte 5 de esta solicitud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. En los últimos cinco años, usted o algún familiar solicitante:		
A. ¿Ha sido paciente hospitalizado o ambulatorio en algún hospital, centro quirúrgico, sanatorio u otro centro médico, incluso una sala de emergencia, o le han realizado una cirugía, incluso una angioplastia, cirugía cosmética/reconstructiva, cirugía de bypass o de trasplante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Ha sufrido alguna enfermedad, lesión física, síntomas físicos nuevos o persistentes o problemas de salud no mencionados en otra parte de esta solicitud que no hayan sido examinados por un profesional de la salud autorizado o que usted planea hacer examinar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Se le ha aconsejado que se haga algún examen físico, más pruebas, tratamiento o cirugía que aún no se ha realizado por parte de un médico, dentista u otro profesional de la salud autorizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Se le ha revocado, declinado, aplazado, pospuesto o limitado de alguna forma alguna solicitud de seguro médico o de vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Familiar:</b> _____ <b>Fecha:</b> ____/____/____		
<b>Explique:</b> _____		
21. ¿Usted o algún familiar solicitante es miembro actual de un grupo de apoyo? <b>Tipo:</b> _____ <b>¿Hace cuánto que participa?:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. <i>Sólo para hombres:</i> ¿Está esperando un hijo con alguien, aun si la madre no se indica en la solicitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. <i>Para hombres y mujeres:</i> ¿Está actualmente embarazada la solicitante, cónyuge, pareja doméstica o dependiente del solicitante (esté o no indicada en la solicitud), o se encuentra en proceso de adopción o con un embarazo de madre sustituta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Usted o algún familiar solicitante:		
A. ¿Ha solicitado o recibido una pensión, beneficios o pagos a causa de alguna lesión, enfermedad, discapacidad o compensación de trabajador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Ha fumado cigarrillos? <b>Familiar:</b> _____ <b>Cantidad de paquetes por día:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Durante cuántos años?:</b> _____ <b>¿Lo ha/han dejado?</b> _____ <b>Si respondió sí, ¿cuándo?</b> _____		
C. ¿Consume bebidas alcohólicas? <b>Familiar:</b> _____ <b>Cantidad de bebidas a la semana:</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>¿Durante cuántos años?:</b> _____ <b>¿Lo ha/han dejado?</b> _____ <b>Si respondió sí, ¿cuándo?</b> _____		

**PARTE 5 – MEDICAMENTOS RECETADOS ACTUALES O RECIENTES**

Si respondió "Sí" a la pregunta 19 de la Parte 4, proporcione los detalles de los medicamentos actuales y previos. Si necesita espacio adicional para proporcionar información completa, adjunte una hoja adicional. Asegúrese de identificar el familiar, incluir toda la información solicitada y **firmar y colocar la fecha en cada anexo**. Marque esta casilla si hay anexos.

Nombre del familiar		Fechas desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____			
Medicamento	Razón de la receta		Dosis		Frecuencia
Nombre del médico		Número de teléfono		Grupo médico	
Dirección:		Ste Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del familiar		Fechas desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____			
Medicamento	Razón de la receta		Dosis		Frecuencia
Nombre del médico		Número de teléfono		Grupo médico	
Dirección:		Ste Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del familiar		Fechas desde: ____/____/____ hasta: ____/____/____			
Medicamento	Razón de la receta		Dosis		Frecuencia
Nombre del médico		Número de teléfono		Grupo médico	
Dirección:		Ste Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal

C12900-AE-A-SP (7/10)

Número de Seguro Social del solicitante  
 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PARTE 6 – DETALLES DE LA AFECCIÓN MÉDICA: Si respondió “SÍ” a alguna de las preguntas 1 a la 24, con excepción de las preguntas 19, 20D, 24B y 24C en la Parte 4, proporcione los detalles completos de cada afección.**

Si necesita espacio adicional para proporcionar información completa, adjunte una hoja adicional. Asegúrese de identificar el familiar, la sección y el número de pregunta, según corresponda, incluya toda la información solicitada en la Parte 6 y **firmo y coloque la fecha en cada anexo**. Marque esta casilla si hay anexos.

Escriba el número de la pregunta	Nombre del familiar y nombre utilizado en los expedientes del médico:		Diagnóstico:	Tratamiento:	
	Nombre: _____			Fechas de tratamiento:	
	Apellido: _____			Comenzó: ____ / ____ (MES/AÑO) Finalizó: ____ / ____ (MES/AÑO)	
	¿La afección todavía existe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual de la afección:		
	Tarjeta de identificación médica # (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		¿Realizó visitas a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		_____		
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el código postal).		Para médicos que pertenecen a un grupo médico, mencione también el grupo.		
	Nombre: _____		Número de teléfono: ( ) _____	Grupo médico	
	Dirección: _____		Ste Núm. _____		Código Postal _____
Escriba el número de la pregunta	Nombre del familiar y nombre utilizado en los expedientes del médico:		Diagnóstico:	Tratamiento:	
	Nombre: _____			Fechas de tratamiento:	
	Apellido: _____			Comenzó: ____ / ____ (MES/AÑO) Finalizó: ____ / ____ (MES/AÑO)	
	¿La afección todavía existe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual de la afección:		
	Tarjeta de identificación médica # (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		¿Realizó visitas a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		_____		
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el código postal).		Para médicos que pertenecen a un grupo médico, mencione también el grupo.		
	Nombre: _____		Número de teléfono: ( ) _____	Grupo médico	
	Dirección: _____		Ste Núm. _____		Código Postal _____
Escriba el número de la pregunta	Nombre del familiar y nombre utilizado en los expedientes del médico:		Diagnóstico:	Tratamiento:	
	Nombre: _____			Fechas de tratamiento:	
	Apellido: _____			Comenzó: ____ / ____ (MES/AÑO) Finalizó: ____ / ____ (MES/AÑO)	
	¿La afección todavía existe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual de la afección:		
	Tarjeta de identificación médica # (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		¿Realizó visitas a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		_____		
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el código postal).		Para médicos que pertenecen a un grupo médico, mencione también el grupo.		
	Nombre: _____		Número de teléfono: ( ) _____	Grupo médico	
	Dirección: _____		Ste Núm. _____		Código Postal _____
Escriba el número de la pregunta	Nombre del familiar y nombre utilizado en los expedientes del médico:		Diagnóstico:	Tratamiento:	
	Nombre: _____			Fechas de tratamiento:	
	Apellido: _____			Comenzó: ____ / ____ (MES/AÑO) Finalizó: ____ / ____ (MES/AÑO)	
	¿La afección todavía existe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Condición actual de la afección:		
	Tarjeta de identificación médica # (si está disponible)		¿Fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		¿Realizó visitas a la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> No Fechas		
	_____		_____		
	Nombre completo y dirección de cada médico, clínica u hospital (incluya el código postal).		Para médicos que pertenecen a un grupo médico, mencione también el grupo.		
	Nombre: _____		Número de teléfono: ( ) _____	Grupo médico	
	Dirección: _____		Ste Núm. _____		Código Postal _____

C12900-AE-A-SP (7/10)

**PARTE 7 – ENUMERE SUS VISITAS AL PROFESIONAL DE LA SALUD**

¿Usted o algún familiar visitó a un médico, psiquiatra, quiropráctico, médico asistente, enfermera profesional con práctica médica, fisioterapeuta, u otro profesional de la salud autorizado en los últimos cinco años? Si respondió Sí, ingrese los detalles a continuación. Si respondió No, marque esta casilla  y vaya a la Parte 8.  
**Nota: se requieren exámenes para niños menores de 5 años de edad. Se solicitarán los expedientes médicos de TODOS los niños de siete (7) meses de edad o menos.**

Nombre del solicitante	Fecha de la visita: ___/___/___	Razón del examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		Número de teléfono	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección:	Ste Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del cónyuge/pareja doméstica	Fecha de la visita: ___/___/___	Razón del examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		Número de teléfono	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección:	Ste Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del dependiente	Fecha de la visita: ___/___/___	Razón del examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		Número de teléfono	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección:	Ste Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del dependiente	Fecha de la visita: ___/___/___	Razón del examen	Resultados	Condición actual
Nombre del médico		Número de teléfono	Grupo médico	Especialidad del médico
Dirección:	Ste Núm.	Ciudad	Estado	Código Postal

**PARTE 8 – COBERTURA MÉDICA PREVIA: responda todas las preguntas.**

1. ¿Tuvo usted o alguno de sus familiares solicitantes otra cobertura médica (de seguro) en los últimos 63 días?  Sí  No  
 Si respondió NO, vaya a la Parte 9  
 Si respondió SÍ, complete lo siguiente:

	<b>Tipo de cobertura</b>	<b>Fecha de vigencia:</b>	<b>Fecha de cancelación:</b>	<b>Aseguradora del plan de salud o administrador de COBRA:</b>
2. Solicitante	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> COBRA	___/___/___	___/___/___	_____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otro			
Cónyuge/pareja doméstica/dependiente	<input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> COBRA	___/___/___	___/___/___	_____
	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Otro			

3. Si solicita otro plan que no sea HMO, ¿tuvo algún plan anterior de salud que cubriera alguna de las condiciones que se marcaron con "Sí" en la Parte 4?  Sí  No  
 Si ese plan finalizó dentro de los 63 días de la fecha en que Blue Shield recibiera esta solicitud, marque esta casilla  y envíe un certificado de cobertura acreditable de su aseguradora de salud anterior. Si su solicitud fue aprobada, aplicaremos su cobertura acreditable previa a la exclusión por su afección preexistente para reducir cualquier período de espera en este plan. Consulte el folleto Resumen de beneficios para obtener más información acerca de afecciones preexistentes. Puede llamar a Blue Shield al (800) 431-2809 para que lo asistan en la obtención de un certificado.

4. Si solicita un plan HMO, tenga en cuenta que el embarazo es una condición exonerada. Los beneficios por embarazo y servicios de maternidad no están cubiertos durante el período de seis (6) meses a partir de la fecha de inicio de cobertura si usted recibió consejos médicos, diagnósticos, cuidados o tratamientos relacionados con el embarazo, incluso medicamentos recetados, de un profesional de la salud autorizado durante los seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de inicio de cobertura, a excepción de los servicios necesarios para el tratamiento de complicaciones involuntarias del embarazo. Sin embargo, si tiene una cobertura acreditable anterior y solicita cobertura dentro de los 63 días después de la cancelación de la cobertura anterior, Blue Shield acreditará el período de tiempo que estuvo cubierto en su plan de salud anterior al período de seis meses. Consulte el folleto Resumen de beneficios para obtener más información acerca de afecciones preexistentes. Puede llamar a Blue Shield al (800) 431-2809 para que lo asistan en la obtención de un certificado.

**¡ALTO! ¿DESEA ACELERAR LA SOLICITUD? ¿DESEA EVITAR POSIBLES ERRORES QUE CAUSEN DEMORAS EN LA ACEPTACIÓN?**

**¡CONSULTE CON SU AGENTE PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO EN LÍNEA!**

**¡INSCRÍBASE EN UNA FORMA DE PAGO AUTOMÁTICO Y DEJE DE PREOCUPARSE ACERCA DE PAGAR SU FACTURA A TIEMPO!  
 SUS CUOTAS/PRIMAS SE DEBITARÁN DIRECTAMENTE DE SU CUENTA MONETARIA O DE SU CUENTA DE AHORRO O SERÁN COBRADAS  
 DIRECTAMENTE DE SU TARJETA DE CRÉDITO.**

NO LO OLVIDE: SU FIRMA Y LA FECHA DE HOY SON OBLIGATORIAS AL FINAL DE LAS PARTES 9 Y 10 DE ESTA SOLICITUD

PARTE 9: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Mediante su firma en este formulario usted autoriza que un proveedor de cuidado de la salud, aseguradora, organización de apoyo de seguros, plan de salud o su agente de seguros divulgue información del cuidado de su salud o de sus dependientes a Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (colectivamente, Blue Shield) con el fin de revisar su solicitud para la cobertura de Blue Shield.

Además, mediante su firma en este formulario usted autoriza a Blue Shield a revelar dicha información del cuidado de su salud a un proveedor de cuidado de la salud, aseguradora, autoaseguradora, organización de apoyo de seguros, plan de salud o a su agente de seguros con el fin de investigar o evaluar cualquier reclamo de beneficios. La información del cuidado de su salud utilizada o revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva revelación y es posible que ya no se encuentre protegida por las leyes federales de privacidad de información de salud.

Tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. Sin embargo, Blue Shield tiene derecho a condicionar su elegibilidad y la de sus dependientes para la determinación de la cobertura e inscripción al momento de la recepción de esta autorización firmada.

Tiene derecho a una copia de esta Autorización después de haberla firmado.

Expiración: esta autorización será válida 1) durante treinta (30) meses a partir de la fecha de esta autorización para los fines de procesar su solicitud, procesar una solicitud de rehabilitación o procesar una solicitud de cambio de beneficios; 2) durante el plazo necesario para procesar reclamos realizados durante el período de la cobertura; y 3) durante el período de la cobertura de todas las demás actividades conforme a la política/acuerdo de servicio de salud.

Derecho a revocar: entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito de mi revocación a Blue Shield. Entiendo que la anulación de esta autorización no afectará ninguna acción que Blue Shield haya realizado en función de esta autorización antes de recibir mi aviso de anulación por escrito.

Solicitante/padre (o tutor legal)

Fecha de hoy

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cónyuge/pareja doméstica del solicitante

Fecha de hoy

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solicitante de 18 años de edad o más

Fecha de hoy

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solicitante de 18 años de edad o más

Fecha de hoy

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social del solicitante  
 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PARTE 10 – AUTORIZACIONES, TÉRMINOS Y CONDICIONES**

Lea los siguientes términos y condiciones detenidamente. **Debe firmar y autorizar esta solicitud al pie**

- Solicitud de cobertura:** es importante que sepa que Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (según corresponda) tiene derecho a rechazar su solicitud de cobertura. **Nota:** entiendo que Blue Shield puede utilizar cualquier información médica para revisar mi solicitud, incluso cualquier afección médica que surja después de firmar y enviar esta solicitud y antes de que se haya tomado una decisión de emisión.
- Cuotas/primas del primer mes:** adjunte un cheque personal o un giro bancario a esta solicitud por un monto igual a las cuotas/primas del primer mes. Consulte las cuotas/primas mensuales aproximadas en el libro de tarifas suministrado. La falta de pago de las cuotas/primas puede causar demoras en el procesamiento y en la fecha de vigencia de la cobertura. Tenga en cuenta que el cobro de su cheque no constituye la aprobación de su solicitud con Blue Shield o a Blue Shield Life. Si su solicitud no es aprobada, este monto se le reintegrará.
- Cuotas/primas:** las cuotas/primas se deben pagar antes del primer día del período de facturación. La cobertura finalizará por falta de pago de las cuotas/primas de manera oportuna según lo establecido en la Política/Acuerdo de servicios de salud.
- Fecha de inicio de cobertura:** si se aprueba su solicitud, Blue Shield le comunicará la fecha de inicio de cobertura. Si Blue Shield se ve imposibilitado de cumplir con la fecha de inicio solicitada o no puede emitir la cobertura antes de la fecha solicitada, la cobertura comenzará lo antes posible. Si se adeudan cuotas/primas adicionales, el pago se debe realizar dentro del tiempo especificado en el aviso de Blue Shield para evitar un cambio en la fecha de vigencia. Cualquier cargo incurrido por servicios recibidos antes de la fecha de vigencia o después de la finalización de la cobertura no están cubiertos.
- Acuerdo completo:** si es aprobada, esta solicitud (incluso el cuestionario de salud), junto con la evidencia de cobertura y la póliza/acuerdo de servicio de salud para personas individuales y familias, cualquier endoso, apéndice y anexos realizados al presente, constituirán en forma conjunta el acuerdo completo de cobertura. Su agente no puede aprobar esta solicitud ni modificar ningún término ni condición de cobertura.
- Padres/tutores:** si usted es el padre o tutor legal de un solicitante menor de edad, firme en nombre del solicitante en la parte inferior de la Parte 10. Como padre o tutor legal, usted es la persona que podrá realizar preguntas y actuar en nombre del solicitante con respecto a la cobertura (según lo permitido por ley). Además, usted acepta asumir toda la responsabilidad por los pagos de cuotas/primas y por el seguimiento de los términos y condiciones de la cobertura. Si no es padre/madre del solicitante, adjunte los documentos judiciales que lo nombran tutor del menor. Marque una de las siguientes casillas e identifique a la persona autorizada para actuar en nombre del menor (solicitante):
  - Sólo para el padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ (nombre) o,
  - Mi representante \_\_\_\_\_ (incluya el nombre y el parentesco) o,
  - Representante de la Orden médica calificada de manutención de los hijos \_\_\_\_\_ (incluya el nombre y el parentesco).
  - Marque esta casilla si Blue Shield sólo puede realizar cambios en el contrato mediante una solicitud por escrito de la persona identificada anteriormente.
- Autorización para que el cónyuge/pareja doméstica realice cambios:** si su cónyuge/pareja doméstica también solicita la cobertura, especifique si autoriza a su cónyuge/pareja doméstica a realizar adiciones o modificaciones a la solicitud/contrato/póliza en su nombre.  Sí.  No. **Nota:** Puede suspender esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud por escrito a Blue Shield.
- Respuesta a la información solicitada:** usted acepta cooperar con Blue Shield (o Blue Shield Life, según corresponda) proporcionando documentos y otra información solicitada, o el acceso a los mismos, para corroborar la información proporcionada en esta solicitud de cobertura. Usted reconoce y acepta que la negativa de proporcionar estos documentos o información puede ser motivo para rescindir o cancelar la cobertura.
- Prohibición de análisis del VIH: la ley de California prohíbe que las empresas de seguros médicos o planes de servicio de cuidado de la salud exijan análisis de VIH como condición para obtener una cobertura médica.**

**TODOS LOS SOLICITANTES DE 18 AÑOS DE EDAD O MÁS DEBEN FIRMAR Y PONER LA FECHA EN ESTA SOLICITUD. MANTENGA UNA COPIA DE ESTA SOLICITUD PARA SUS REGISTROS.**

He leído el resumen de beneficios, los términos y condiciones de la cobertura y las autorizaciones establecidas anteriormente. Los entiendo y acepto en su totalidad. Soy el único responsable de que la información proporcionada en esta solicitud sea precisa y completa. Entiendo que ni yo ni mis familiares seremos elegibles para la cobertura si alguna información es falsa o está incompleta. También entiendo que si la cobertura se emite, puede ser cancelada o rescindida en caso de realizarse tal descubrimiento.

Firma del solicitante (o tutor legal) X _____	Fecha de hoy (obligatoria) ____/____/____	Escriba el nombre con letra de molde (y el parentesco si el solicitante es menor de edad) _____
Firma del cónyuge/pareja doméstica del solicitante (si solicita la cobertura) X _____	Fecha de hoy (obligatoria) ____/____/____	Escriba el nombre con letra de molde _____
Firma del familiar de 18 años de edad o más (si corresponde) X _____	Fecha de hoy (obligatoria) ____/____/____	Escriba el nombre con letra de molde _____
Firma del familiar de 18 años de edad o más (si corresponde) X _____	Fecha de hoy (obligatoria) ____/____/____	Escriba el nombre con letra de molde _____

**PARTE 11 — DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EMISIÓN GARANTIZADA**

Si tiene una afección preexistente y tiene inquietudes acerca de obtener cobertura de cuidado de la salud, Blue Shield ofrece una alternativa que es posible quiera considerar.

La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) hace que sea más sencillo para las personas cubiertas por planes de salud colectivos actuales mantener la cobertura independientemente de las afecciones preexistentes cuando cambian de empleo o están desempleados durante períodos breves. En función a sus respuestas a las declaraciones que aparecen a continuación, es posible que sea elegible para la emisión garantizada de acuerdo con la HIPAA, y Blue Shield aceptará automáticamente su solicitud para uno de sus planes de emisión garantizada. Todas las personas de la solicitud deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de la HIPAA para calificar para el plan de emisión garantizada.

Si solicita cobertura en nombre de un dependiente que no es elegible para la emisión garantizada, la cobertura estará sujeta a evaluación de riesgos médicos, excepto para niños inscritos en cualquier cobertura acreditable previa dentro de los 30 días del nacimiento o de la entrega en adopción. Un hijo dependiente de 18 años de edad o menor o un cónyuge dependiente que solicita una emisión garantizada debe completar una Declaración de elegibilidad para la emisión garantizada por separado (Blue Shield aceptará copias de la Declaración de elegibilidad para la emisión garantizada). Para obtener solicitudes adicionales o conocer las tarifas actuales de emisión garantizada, comuníquese con su agente de Blue Shield o llame a Blue Shield al (800) 431-2809.

**DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EMISIÓN GARANTIZADA Y LISTA DE CONTROL**

Complete el siguiente cuestionario en caso de estar interesado en una póliza de emisión garantizada, de esta forma podrá verificarse su elegibilidad para la cobertura de emisión garantizada.

- Sí  No 1. He tenido una cobertura de cuidado de la salud durante un período total de un mínimo de 18 meses (incluso COBRA o Cal-COBRA, si corresponde) sin un lapso en la cobertura mayor a 63 días (sin incluir períodos de espera impuestos por el empleador).
- Sí  No 2. Mi cobertura más reciente fue a través de un plan de salud patrocinado por el empleador (COBRA y Cal-COBRA se consideran coberturas patrocinadas por el empleador).
- Sí  No 3. Acepté y agoté la cobertura COBRA o Cal-COBRA disponible. (Si COBRA/Cal-COBRA no estuvieron disponibles, marque "sí").  
 Fechas de la cobertura COBRA/Cal-COBRA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Administrador de COBRA \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Compañía aseguradora \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si su cobertura más reciente estaba patrocinada por el empleador y usted no era elegible para la cobertura de COBRA o Cal-COBRA, explique: \_\_\_\_\_

- Sí  No 4. Actualmente soy elegible para la cobertura de un plan de salud patrocinado por un grupo o empleador, Medicare o Medicaid.
- Sí  No 5. Mi cobertura más reciente finalizó debido a la falta de pago de cuotas/primas o a un fraude.

Si sus respuestas a las declaraciones 1, 2 y 3 son "sí" y sus respuestas a las declaraciones 4 y 5 son "no", complete las secciones restantes que aparecen a continuación para solicitar un plan de emisión garantizada.

**OPCIONES DE COBERTURA DE EMISIÓN GARANTIZADA (SELECCIONE UNA)**

- A. Si sabe que no calificará para la cobertura o no desea solicitar un plan con evaluación de riesgo, marque esta casilla:  
 Emitan sólo el Plan de emisión garantizada. Debido a que he elegido esta opción, entiendo que no seré considerado para un plan de suscripción.
- B. Si está solicitando tanto un plan con evaluación de riesgo como un plan de emisión garantizada, seleccione una de las siguientes opciones:  
 Cobertura de emisión garantizada en la primera fecha de vigencia, para tener cobertura durante el proceso de suscripción del plan individual. (Entiendo que si se aprueba mi solicitud para el plan de suscripción, seré transferido automáticamente al plan de suscripción. Si no se aprueba, continuaré recibiendo la emisión garantizada).  
 Emitan el plan de emisión garantizada sólo si no se aprueba el plan con evaluación de riesgo. Entiendo que no tendré cobertura hasta que se procese y apruebe o rechace mi solicitud para el plan de suscripción).

**OPCIONES DE PLANES DE EMISIÓN GARANTIZADA (SELECCIONE UNA)**

- Access+ HMO
- Shield Savings 4000\*
- Shield Spectrum PPO 5500
- Shield Spectrum PPO 5000\*
- Access+ Value HMO

Mediante mi firma en esta declaración verifico que he leído y comprendido las condiciones de elegibilidad descritas anteriormente y que toda la información es verdadera y correcta.

Firma del solicitante o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha de hoy (obligatoria) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escriba el nombre con letra de molde \_\_\_\_\_

\* Suscrito por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company.

Número de Seguro Social del solicitante  
 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PARTE 12 — INFORMACIÓN DEL PRODUCTOR: debe ser completada por el productor.**

1. ¿Completó esta solicitud?  Sí  No
2. Si la respuesta es sí, ¿hizo las preguntas de esta solicitud exactamente como están establecidas?  Sí  No
3. ¿Registró las respuestas exactamente con la información provista?  Sí  No, adjunte explicación.
4. ¿Vio al solicitante?  Sí  No
5. ¿Conoce usted alguna información no revelada en esta solicitud de salud que pueda influir en este riesgo?  
 Sí, adjunte explicación  No
6. Revise las siguientes opciones y elija una:  
 No ayudé al solicitante de ninguna manera al llenar o presentar este formulario. El solicitante llenó toda la información sin ningún tipo de ayuda o asesoría de mi parte.  
 Ayudé al solicitante a presentar este formulario. El miembro proporcionó toda la información del cuestionario de salud. Le aconsejé al solicitante que respondiera todas las preguntas completa y sinceramente y que no omitiera ninguna información solicitada en el formulario. Le expliqué que la omisión de alguna información podría resultar en la cancelación de la cobertura. El solicitante me indicó que entendió estas instrucciones y las advertencias. A mi leal saber y entender, la información que contiene este formulario es precisa y está completa. Entiendo que si proporciono alguna información falsa, puedo quedar sujeto a sanciones civiles hasta de \$10,000.
7. ¿Desea que se le envíe la Póliza/Acuerdo de servicios directamente al miembro?  Sí  No

Número de productor: <b>SUB000141</b> _____	Número de teléfono: <b>(888) 579-7056</b> <input type="checkbox"/> Actualización	Número de fax: <b>(909) 599-7008</b> <input type="checkbox"/> Actualización
--	--	---

Nombre del productor: **ERIC TAPIA**

Dirección de correo electrónico: **seguromedicohoy@yahoo.com**  Actualización

Dirección del productor: **417 W. Allen Ave Suite #114**  Actualización

Ciudad **San Dimas** Estado **CA** Código postal **91773**

Nombre del súper productor: \_\_\_\_\_ Número del súper productor  
 \_\_\_\_\_

Fecha de hoy (obligatoria) \_\_\_\_\_ Firma del productor (obligatoria) X **Eric Tapia** Escriba el nombre con letra de molde \_\_\_\_\_

**AVISO:** asegúrese de que cada parte de la solicitud esté completa. En caso de que falte información o de que se encuentre incompleta Blue Shield podrá comunicarse con el solicitante directamente para obtener la información completa. Las solicitudes para planes familiares e individuales (IFP) pueden enviarse por fax las 24 horas del día, 7 días a la semana al número gratuito **(888) 386-3420**.

## Lista de control de la solicitud

Antes de enviar su solicitud para que sea procesada, le sugerimos que lea esta lista de control. Asegúrese de que cada casilla esté marcada para que su solicitud sea procesada lo más rápido posible.

Asegúrese de que usted y todos los familiares solicitantes:

- Hayan respondido todas las preguntas, incluso si no están seguros de que sea relevante en su caso.
- Hayan escrito claramente con letra de molde en tinta azul o negra.

- Hayan seleccionado un médico personal sólo si solicitan Access+ HMO o Access+ Value HMO o hayan seleccionado un proveedor de servicios dentales sólo si solicita Dental HMO.
- Hayan indicado su opción de pago en la Parte 1 de la solicitud. Si eligió la opción de pago con tarjeta de crédito o con Easy\$Pay, debe completar el formulario de autorización que aparece en el dorso de la página y enviarlo junto con su solicitud a Blue Shield.
- Hayan engrapado un cheque personal o un giro bancario a su solicitud por un monto igual a las cuotas/primas del primer mes de cobertura.
- Hayan firmado la Parte 9 y 10 de la solicitud. Las firmas de todos los solicitantes (de 18 años de edad o más) son obligatorias.
- Hayan enviado la solicitud dentro de los 30 días de haberla firmado y colocado la fecha.

## Información general

Usted es elegible para cualquier plan de salud familiar e individual si: es residente de California, no es elegible para Medicare y no es mayor de 65 años de edad.

Si se aprueba su solicitud, es posible que sea elegible para recibir los beneficios de Access+ HMO o Access+ Value HMO el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación de Blue Shield y en cualquier día del mes, excepto los días 29, 30 ó 31 del mes siguiente a la fecha de aprobación de Blue Shield de cualquier Plan IFP PPO.

Su cónyuge o pareja doméstica (menor de 65 años de edad) y sus hijos dependientes solteros (menores de 19 años de edad o menores de 23 años de edad si son estudiantes de tiempo completo) son elegibles para solicitar la cobertura para dependientes. Si sus hijos son menores de 19 años de edad, también podrá solicitar planes por separado, lo que puede reducir los costos totales. Llame a Blue Shield al **(800) 351-2465** o consulte con su agente para averiguar cuál es la mejor opción para usted.

**Proceso para autorizar a Blue Shield a divulgar información personal a terceros:** si desea autorizar a su cónyuge, pareja doméstica o a un tercero a tener acceso a su información médica personal, complete el formulario titulado *Autorización para que Blue Shield revele información médica y personal a un tercero*. Para obtener este formulario visite [blueshieldca.com](http://blueshieldca.com) o llame al **(800) 431-2809**.

## Información de facturación

- Con la ayuda del libro de tarifas suministrado, calcule sus tarifas o consulte con su agente para conocer las tarifas aproximadas. Podrá recibir tarifas mayores de las presupuestadas por su agente sobre la base de la determinación de la evaluación de riesgos.
- Para las cuotas/primas del primer mes engrape un cheque personal o un giro bancario pagadero a Blue Shield a su solicitud por un monto igual a las cuotas/primas del primer mes.

Si paga las cuotas/primas del primer mes con tarjeta de crédito complete la información requerida en la página 12.

3. Facturación mensual directa (30 días)
4. Facturación mensual directa (90 días)

### Opciones de pago

Las cuotas/primas siguientes deben pagarse por anticipado. Blue Shield ofrece cuatro formas de pago. Seleccione una de las opciones de facturación que aparecen a continuación:

1. Pago mensual mediante Easy\$Pay: los pagos mensuales se realizan automáticamente, por medio de una transferencia electrónica desde su cuenta de ahorro o cuenta corriente.
2. Pago con tarjeta de crédito: los pagos mensuales/trimestrales (seleccione la frecuencia en la página siguiente) se realizan automáticamente y se cobran en forma electrónica de su tarjeta de crédito.

### Easy\$Pay y tarjeta de crédito Opciones de pago

**Para inscribirse en los Pagos automáticos:** complete el formulario de autorización que aparece en la página siguiente y envíelo con su solicitud. Si seleccionó Easy\$Pay como su opción de pago engrape un comprobante de depósito o un cheque en blanco que diga "ANULADO" a su formulario de autorización, además del cheque por sus cuotas/primas iniciales. Si prefiere no adjuntar un cheque anulado o un comprobante de depósito, debe proporcionar el número de ruta/tránsito de su institución financiera.

Mary Jane Blue 123 First St. Anytown, CA 99999	3025
Pay to Order of	_____20_____
Any Bank San Francisco Main Office P.O. Box 8944 San Francisco, CA 94126 Memo	Dollars
032056884 9 8707228001 0233	

VOID

Bank Account Number

Bank Routing/Transit Number

Si paga las cuotas/primas del primer mes con tarjeta de crédito, complete la información solicitada a continuación

## Formulario de autorización de pago automático

SOY:  un nuevo solicitante de pago automático  un usuario actual del pago automático que informa un cambio (se requiere aviso con 30 días de anticipación)

MÉTODO DE PAGO AUTOMÁTICO:  Easy\$Pay (complete sólo las Partes A y C): Cuenta monetaria Cuenta de ahorro (marque uno con un círculo)  
 Tarjeta de crédito\* (complete solo las Partes B y C)

### PARTE A (Complete sólo para débitos de la cuenta monetaria/de ahorro).

Fecha de pago (elija uno): los miembros de HMO y Dental HMO deben pagar el primer día del mes.  1.º día del mes, o  15.º día del mes

Número de ruta bancaria/trasferencia	Número de cuenta bancaria
Nombre de la institución financiera	
Nombre(s) del titular de la cuenta bancaria	
Dirección de la sucursal	
Ciudad	Estado Código postal -
Número de teléfono de la sucursal del banco	

### PARTE B (Complete sólo para cobros con tarjetas de crédito. Sólo para Visa o MasterCard). Sólo para el pago de las cuotas/primas del primer mes

Fecha de pago (elija uno):  Mensual  Trimestral

Número de tarjeta de crédito	Tipo de tarjeta: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard	Fecha de vencimiento (MM/AAAA)
Nombre del titular de la tarjeta de crédito		Inicial del segundo nombre
Apellido		
Dirección de facturación del titular de la tarjeta		
Ciudad	Estado	Código postal -

### PARTE C (Debe ser completada por todos los solicitantes del pago automático).

Nombre del miembro	Número de teléfono del miembro durante el día ( )
Dirección postal	
Ciudad	Estado Código postal -

Autorizo a mi plan, Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company, según corresponda, a realizar débitos/cargos (o correcciones de débitos/cargos anteriores) de mi cuenta con la institución financiera identificada por mí en este formulario para el pago de mis cuotas/primas de Blue Shield, así como también las cuotas/primas de las siguientes personas individuales cubiertas (mis dependientes):

Número de Seguro Social	Número de Seguro Social del cónyuge/pareja doméstica
Número de Seguro Social del dependiente	Número de Seguro Social del dependiente

También autorizo a dicha institución financiera a reducir/cobrar de mi cuenta el monto de aquellos débitos/cargos (o a corregir débitos/cargos anteriores) según el cronograma acordado anteriormente. Esta autorización permanecerá vigente hasta que proporcione un aviso que anule la autorización, al menos 10 días antes de la fecha en que se realicen los débitos/cargos de mi cuenta.

**Firmas autorizadas** – como aparecen en los registros de la institución financiera. Si la cuenta aparece como una cuenta mancomunada, deberán firmar ambos titulares de la cuenta. Si el titular de la cuenta no es una persona física, la persona que firme en nombre de la empresa/sociedad/etc. debe identificarse e identificar su relación con la empresa/sociedad.

Firma	Fecha
Escriba el nombre con letra de molde	Relación
Firma	Fecha
Escriba el nombre con letra de molde	Relación

\* Se le cobrará el monto adeudado por cuotas/primas hasta que decida cancelar su cronograma de pago automático. Si decide cancelar su pago automático, o si se modifica la cuenta de la que se cobran las cuotas/primas, comuníquese con Servicios al cliente de planes familiares e individuales (IFP) al (800) 431-2809. Los cobros a la tarjeta de crédito pueden realizarse uno o dos días antes de la fecha de pago.

AGENT: ERIC TAPIA Broker #SUB000141 OFFICE: (888)579-7056 FAX: (909)599-7008