

N.º de suscriptor:

Fecha:

## Solicitud de inscripción del empleado, exención y coordinación de beneficios

En caso de discrepancia, prevalecerán las disposiciones de la versión aprobada en inglés del formulario.

### Planes de BusinessEDGE® administrados por Sentara Health Administration, Inc.:

- |  |   |                                      |                                  |
|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vantage (HMO) | <input type="checkbox"/> Vantage Design | <input type="checkbox"/> Plus HSA    | <input type="checkbox"/> POS     |
| <input type="checkbox"/> Vantage HSA   | <input type="checkbox"/> Plus (PPO)     | <input type="checkbox"/> Plus Design | <input type="checkbox"/> POS HSA |

Beneficio específico del plan: \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE:

- Sentara Health Plans tiene derecho a revisar las tarifas (de manera retroactiva o prospectiva), rescindir o cancelar el contrato de seguro por exceso de siniestralidad del empleador si usted completa este formulario con información falsa, incompleta o engañosa. Su empleador puede rescindir su cobertura o la de sus dependientes si completa este formulario con información falsa, incompleta o engañosa.
- La información incompleta **retrasará la inscripción**. Complete todas las secciones con tinta azul o negra.
- Se **requieren** los números del Seguro Social del suscriptor principal, del cónyuge si es mayor de cuarenta años y de los hijos con discapacidad dependientes si son mayores de cuarenta años.
- Si desea agregar o eliminar un cónyuge o dependiente, **adjunte la documentación acreditativa**.

### A. INFORMACIÓN DEL GRUPO (Debe completarla el empleador).

<input type="checkbox"/> Nuevo solicitante	<input type="checkbox"/> AGREGAR cónyuge/dependiente	<input type="checkbox"/> Cambio de domicilio	<input type="checkbox"/> Cambio de nombre
<input type="checkbox"/> CANCELAR TODO	<input type="checkbox"/> Cancelar cónyuge/dependiente	<input type="checkbox"/> COBRA: (fecha de entrada en vigencia)	<input type="checkbox"/> Cambio de proveedor de atención primaria (PCP)
Nombre del grupo:		Número del grupo:	Número del suscriptor:
Firma del administrador del plan (obligatoria)			Estado: <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Salario
Fecha de contratación: (mm/dd/aaaa)	Fecha de cancelación de la cobertura: (mm/dd/aaaa)	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: (mm/dd/aaaa) (Se debe cumplir el periodo de espera para los nuevos empleados).	

### B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (DEBE COMPLETARLA EL EMPLEADO, ESCRIBA EL NOMBRE LEGAL EN IMPRENTA).

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Domicilio particular:		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número del Seguro Social:			Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)		
Teléfono principal:		Teléfono secundario:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Mejor momento para llamar:		Mejor momento para llamar:		Discapacidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

#### Médico de atención primaria: (PCP)

Si solicita un plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO), de Sentara Health Plans, seleccione un médico de atención primaria del Directorio de proveedores del plan para cada familiar que figure en la lista. Los planes de organización de proveedores preferidos (PPO) de Sentara Health Plans no requieren una selección de atención primaria.

Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (si se conoce)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------	-----------------	-------------------------------------	---

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Estoy de acuerdo en aceptar comunicaciones electrónicas que me notifiquen información importante del plan de salud, incluidos, entre otros, la Descripción resumida del plan (SPD), la Explicación de beneficios electrónica, las actualizaciones del plan y los documentos del resumen uniforme de beneficios. Al marcar esta casilla, usted acepta recibir comunicaciones electrónicas.

Nombre del suscriptor:
------------------------

Nombre del empleador:
-----------------------

## B. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO *(continuación)*

### ¡Deje de utilizar los papeles! Consentimiento para recibir comunicaciones electrónicas

**Ingrese su dirección de correo electrónico** para inscribirse en el Programa para Dejar de Utilizar Papeles. Al inscribirse, usted acepta recibir comunicaciones electrónicas de Sentara. Esto incluye las comunicaciones por correo electrónico y el aviso de que las copias de sus documentos electrónicos de la póliza, la Explicación de beneficios (EOB) y otros avisos del plan están disponibles a través del portal seguro para miembros de Sentara en línea ([www.Sentarahealth.com/members](http://www.Sentarahealth.com/members)) o de la aplicación móvil de Sentara, en lugar de recibir los documentos impresos a través de la entrega personal o el correo postal de los EE. UU. No tiene que inscribirse en nuestro Programa para Dejar de Utilizar Papeles para inscribirse en el plan de salud.

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

Al proveer su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones electrónicas en dicha dirección de correo electrónico que le comuniquen información importante sobre el plan de salud, incluidos, entre otros, el certificado de seguro, la Evidencia de cobertura, la Explicación de beneficios (EOB), las actualizaciones del plan y los documentos del Resumen uniforme de beneficios. Puede revocar en cualquier momento su consentimiento para recibir las comunicaciones electrónicas o solicitar una copia impresa de cualquier documento.

**Notificaciones telefónicas y consentimiento:**

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Al proporcionar su número de teléfono, usted otorga su consentimiento para que Sentara y sus representantes se comuniquen con usted mediante ese número o cualquier otro número de teléfono que nos haya provisto en esta solicitud, incluidos los números de teléfonos móviles. Usted comprende que no está obligado a aceptar y que aceptar no es una condición para ser miembro de Sentara ni para recibir atención médica. Si usted no es el suscriptor del número de teléfono que ha facilitado, entonces acepta que ha obtenido el consentimiento del suscriptor para recibir estas comunicaciones.

Las comunicaciones dirigidas a estos números de teléfono pueden realizarse mediante dispositivos de marcación/entrega automática, marcación directa, mensajes de texto, mensajes SMS o RCS, correo de voz sin timbre, notificaciones automáticas y voces pregrabadas o artificiales. Estas comunicaciones pueden incluir, entre otros, encuestas, mensajes de marketing para promocionar productos y servicios brindados por Sentara, recordatorios para realizar renovaciones antes del vencimiento de su plan, información sobre medicación, bienestar, atención preventiva, inscripción al plan de salud, preferencias de comunicación, pago y otra información que Sentara o sus representantes consideren que puede interesarle o ser relevante para usted. El contenido de estas comunicaciones, que pueden incluir información médica, no se cifrará. Sentara no le cobrará por estas comunicaciones. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos de la compañía aseguradora. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento. Para cancelar voluntariamente las llamadas telefónicas, comuníquese con Sentara al 1-800-741-9910. Para cancelar voluntariamente los mensajes de texto, envíe un mensaje de texto con la palabra «STOP» (Parar) al código corto 59270 o llame al 1-800-741-9910.

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

**C. EXENCIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADO O DEL DEPENDIENTE**

Si elige la cobertura para usted y sus dependientes, puede omitir esta sección.

Mi empleador me ha brindado la oportunidad de solicitar cobertura de salud grupal con el plan para mí y mis dependientes (si corresponde). He rechazado solicitar la cobertura como se indica a continuación.

Seleccione la opción que corresponda.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mí (y mis dependientes, si corresponde). | <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura solo para mis hijos.         |
| <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura solo para mi cónyuge.                         | <input type="checkbox"/> Rechazo la cobertura para mi cónyuge y mis hijos. |

**MOTIVOS DEL RECHAZO (DEBE SELECCIONAR UNA OPCIÓN).**

- Están cubiertos por otra póliza de cobertura de salud o por CHAMPUS/TRICARE. (Si se marca esta casilla, se requiere información adicional).

Nombre de la compañía de seguros:

Nombre del titular de la póliza:

- Otro motivo: (Se requiere respuesta)

Firma: Fecha: (dd/mm/aaaa)

**D. CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (SOLO para los planes Equity Vantage y Equity Plus)**

**Administración de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA):** Si ha elegido el plan con deducible alto elegible de Equity/HSA, usted es elegible para abrir una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). HealthEquity es el proveedor preferido de Sentara Health Plans para la administración de la cuenta HSA. ¿Desea abrir una cuenta HSA?

- Sí, ABRA** una cuenta de ahorros para gastos médicos para mí con HealthEquity. **Fecha de entrada en vigencia:** (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_
- No, NO** abra una cuenta de ahorros para gastos médicos para mí con HealthEquity.

**E. DOMICILIO ALTERNATIVO** *Empleado:*  Sí  No *Cónyuge/dependientes:*  Sí  No

Si el empleado, cónyuge o cualquier dependiente debe recibir correspondencia, información sobre el plan o cualquier otra forma de comunicación en un domicilio distinto del indicado en la **sección B Información del empleado**, indíquelo aquí.

Domicilio alternativo:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------------------	---------	---------	----------------

**F. INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTES**

**NOTA: Médico de atención primaria: (PCP)**

Si solicita un plan de la organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Sentara Health Plans, seleccione un médico de atención primaria del Directorio de proveedores del plan para cada familiar que figure en la lista. Los planes de organización de proveedores preferidos (PPO) de Sentara Health Plans no requieren la selección de atención primaria.

**CÓNYUGE**  Agregar  Cancelar **¿Utilizar el domicilio alternativo para este miembro?**  Sí  No

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
-----------	---------	-----------------------------

Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa)
---------------------------	-----------------------------------

Teléfono principal:	Teléfono secundario:	Sexo:	Discapacidad:
Mejor momento para llamar:	Mejor momento para llamar:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido del PCP:	Nombre del PCP:	Número de proveedor: (Si se conoce)	¿Es su paciente actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del suscriptor:
Nombre del empleador:

**F. INFORMACIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN DEL CÓNYUGE Y DEPENDIENTES** *(continuación)*

<b>HIJO 1</b>		<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar el domicilio alternativo para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:			
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)		Sexo:		Discapacidad:	
				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		Número de proveedor: <i>(Si se conoce)</i>		¿Es su paciente actualmente?	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>HIJO 2</b>		<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar el domicilio alternativo para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:			
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)		Sexo:		Discapacidad:	
				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		Número de proveedor: <i>(Si se conoce)</i>		¿Es su paciente actualmente?	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>HIJO 3</b>		<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar el domicilio alternativo para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:			
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)		Sexo:		Discapacidad:	
				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		Número de proveedor: <i>(Si se conoce)</i>		¿Es su paciente actualmente?	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>HIJO 4</b>		<input type="checkbox"/> Agregar	<input type="checkbox"/> Cancelar	¿Utilizar el domicilio alternativo para este miembro?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:			
Número del Seguro Social:		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)		Sexo:		Discapacidad:	
				<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del PCP:		Nombre del PCP:		Número de proveedor: <i>(Si se conoce)</i>		¿Es su paciente actualmente?	
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

• Si tiene más de cuatro (4) dependientes, vuelva a imprimir esta página y continúe completando la información solicitada para todos los dependientes elegibles.

**G. INFORMACIÓN DE COBERTURA ACTUAL** *(Se requiere antes de completar la inscripción).*

¿El plan que se indica a continuación permanecerá vigente además de la cobertura que solicita actualmente?	
<input type="checkbox"/> <b>NO</b> , el plan que solicito sustituirá a mi cobertura actual indicada a continuación.	
<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> , conservaré mi cobertura actual indicada a continuación además de la cobertura que solicito.	
<input type="checkbox"/> Actualmente no tengo una cobertura de atención médica.	
Persona asegurada (nombre):	Nro. de identificación (póliza)
Fecha de entrada en vigencia: (mm/dd/aaaa)	Nombre del empleador, la organización o la persona que brinda la cobertura:
Nombre de la compañía de seguros:	Enumere todas las personas que solicitan cobertura y que también estarán cubiertas por este seguro.

Nombre del suscriptor:
------------------------

Nombre del empleador:
-----------------------

### G. INFORMACIÓN DE COBERTURA ACTUAL *(continuación)*

**En caso de cobertura de Medicare:**

Si más de una persona tiene cobertura de Medicare, vuelva a imprimir esta página y complete la información requerida.

Persona cubierta: *(Nombre)*

Número de HIC:

Fecha de entrada en vigencia: Parte A *(dd/mm/aaaa)*

Fecha de entrada en vigencia: Parte B *(mm/dd/aaaa)*

**Elegible debido a:**                       Edad                       Discapacidad                       65 años de edad o mayor                       Trabajo                       Jubilado  
 Enfermedad renal en fase terminal *(ESRD)*                       Discapacidad y ESRD actual

Mes/año:

Mes/año:

### H. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

**El solicitante primario y el cónyuge deben firmar y colocar la fecha en la siguiente sección *(si corresponde)*.**

Yo, y mi agente (si corresponde), por la presente certifico que he leído o me han leído la solicitud completada y que he conservado una copia de la solicitud completada; y que reconozco que cualquier declaración falsa o tergiversación en la solicitud puede resultar en la pérdida de cobertura en virtud de esta póliza.

Comprendo que la cobertura se efectuará en virtud del plan grupal patrocinado por mi empleador. Comprendo que la solicitud de mi empleador determinará la cobertura vigente y que dicha cobertura no está vigente si mi empleador no ha presentado una solicitud de cobertura. Certifico que trabajo en el lugar de trabajo del empleador en el empleo de tiempo completo al menos veinticinco (25) horas por semana. Si soy aceptado como elegible para la cobertura, autorizo a mi empleador a realizar las deducciones de mis ingresos necesarias para proveer mi aporte para esta cobertura y comprendo que mi empleador realiza este servicio para mi beneficio y no como agente de Sentara Health Plans.

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica, otro proveedor médico o relacionado con la medicina, centro, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga conocimiento de mi salud o de la salud de mi cónyuge o dependientes, según lo indicado en esta solicitud, a divulgar dicha información a Sentara Health Plans en la medida que lo permita la ley con el fin de compilar una evaluación precisa de esta solicitud y establecer las tarifas de primas grupales para el grupo. Esta autorización no permite el uso o la divulgación de notas de psicoterapia. La autorización para divulgar información para el pago de reclamos es válida durante la vigencia de la cobertura y en relación con la solicitud de cobertura, o una solicitud de cambio en los beneficios, esta autorización será válida durante treinta (30) meses a partir de la fecha que se muestra a continuación.

Comprendo que toda información recibida por Sentara Health Plans en virtud de esta solicitud está sujeta a restricciones de divulgación a terceros según lo establecido por las leyes estatales y federales. Comprendo que existe la posibilidad de que se vuelva a divulgar cualquier información divulgada en virtud de esta autorización, y que la información, una vez divulgada, puede dejar de estar protegida por las reglas federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. No necesito firmar este formulario con el fin de asegurar el tratamiento.

Comprendo que yo o mi representante legal autorizado podemos recibir una copia de esta autorización si la solicitamos; y acepto que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Comprendo que esta autorización es válida durante treinta (30) meses a partir de la fecha en que se firma, con el fin de recopilar información sobre mi elegibilidad y la de mis dependientes para la cobertura, la reintegración de la póliza o la solicitud de un cambio en los beneficios de la póliza. Comprendo que, a fines del proceso y el pago de los reclamos y de la administración de las disposiciones de coordinación de beneficios, esta autorización es válida durante la vigencia de la póliza.

Comprendo que la cobertura no está vigente hasta la fecha de entrada en vigencia que figura en la tarjeta de id. de miembro que se me ha entregado a mí o a mis dependientes. Solicito cobertura de salud para las personas indicadas en la solicitud y acepto que debemos respetar las disposiciones relativas a la cobertura que figuran en el documento de la Descripción resumida del plan en el que nos inscribiremos. Comprendo que es mi responsabilidad informar a Sentara Health Plans sobre cualquier cambio en mi elegibilidad y la de mis dependientes. Acepto presentar una prueba de elegibilidad que sea aceptable para Sentara Health Plans en caso de que se me solicite.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Sentara Health Plans al 4417 Corporation Lane, Virginia Beach, VA 23462. También comprendo que mi revocación no afectará a los derechos de ninguna persona que haya actuado en función de la autorización antes de recibir el aviso de mi revocación.

**Firma del empleado** o nombre en letra de imprenta, firma y cargo del representante legal:

**Fecha:** *(mm/dd/aaaa)*

# Cuestionario de salud

Número de grupo	Nombre del grupo	
Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)	Número de membresía del suscriptor	Nombre del suscriptor

**SECCIÓN 1: PREGUNTAS SOBRE LA SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA**  
*(DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO PARA EL EMPLEADO Y TODOS LOS DEPENDIENTES INDICADOS EN SU SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN).*

Puede recibir una llamada telefónica de Sentara Health Plans para obtener información adicional. Proporcione información médica detallada en este formulario para reducir la necesidad de realizar una entrevista telefónica. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales. Se requieren los datos sobre el consumo de tabaco, la altura y el peso de los miembros/solicitantes mayores de 21 años.

MIEMBRO	NOMBRE	¿CONSUME TABACO?	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ALTURA		PESO
Empleado		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies	pulgadas	libras
Cónyuge		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies	pulgadas	libras
HIJO 1		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies	pulgadas	libras
HIJO 2		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies	pulgadas	libras
HIJO 3		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies	pulgadas	libras
HIJO 4		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	pies	pulgadas	libras

1. ¿Le han aconsejado a usted, a su cónyuge o a alguno de sus hijos dependientes (incluidos o no en esta solicitud) que se realice alguna otra prueba, consulta o tratamiento, operación o cirugía que aún no se haya llevado a cabo?  Sí  No

a. Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el diagnóstico? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las opciones de tratamientos? \_\_\_\_\_

2. ¿Está usted, su cónyuge o algún hijo dependiente (incluidos en esta solicitud o no) actualmente embarazada o en proceso de adopción?  Sí  No

a. Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? \_\_\_\_\_ Fecha de la adopción o fecha de parto: \_\_\_\_\_ *Fecha*

**SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DE SUPLEMENTO DE PERFIL MÉDICO**

**Si ya es miembro de Sentara Health Plans, lea y complete esta sección, y luego deténgase. La firma es OBLIGATORIA para la revisión de la suscripción. Si actualmente no está inscrito en Sentara Health Plans, omita esta sección y proceda a la página siguiente.**

*Con mi firma a continuación, comprendo que no se me denegará individualmente la cobertura ni se me cobrarán de manera individual tarifas diferentes como resultado de mis respuestas. Sin embargo, si proporciono deliberadamente información falsa en este cuestionario, comprendo y acepto que esto puede afectar al pago de los reclamos o provocar la finalización de mi cobertura o la de mis dependientes.*

Nombre del empleado (utilice letra de imprenta).	Nombre de la empresa:	
Firma del empleado en tinta	Fecha:	Teléfono para contacto diario:

## Cuestionario de salud

Número de grupo	Nombre del grupo	
Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)	Número de membresía del suscriptor	Nombre del suscriptor

**SECCIÓN 1: PREGUNTAS SOBRE LA SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA**  
(DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO PARA EL EMPLEADO Y TODOS LOS DEPENDIENTES INDICADOS EN SU SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN).

Puede recibir una llamada telefónica desde la sede central para obtener información adicional. Proporcione información médica detallada en este formulario para reducir la necesidad de realizar una entrevista telefónica. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales.

**Indique** los detalles de su enfermedad si marcó «sí» en las preguntas sobre la salud/información médica en **la sección Detalles de los antecedentes médicos**. Proporcione información sobre el historial de tratamientos médicos anteriores y actuales. Si necesita más espacio, adjunte documentación adicional a esta solicitud.

1. En los últimos 5 años, ¿usted o alguna de las personas que solicitan cobertura han tenido, se les ha dicho que tenían, han buscado o se les ha aconsejado tratamiento, visitas de seguimiento o recibido medicación para las siguientes enfermedades o afecciones por parte de un profesional médico o social? Marque la casilla correspondiente al lado de cada afección y proporcione detalles en la sección **Detalles de los antecedentes médicos** para cualquier afección en la que haya seleccionado «sí». Debe incluir toda la información sobre los antecedentes médicos de todas las personas que figuran en esta solicitud de cobertura. Cualquier información que se omita en esta solicitud podría causar la denegación de un servicio cubierto o la cancelación de su cobertura.
  - a. **Enfermedad autoinmune o trastorno del tejido conjuntivo** como el lupus, VIH positivo, SIDA o complejo relacionado con el sida (ARC), entre otros.  Sí  No
  - b. **Artritis** como la espondilitis reumatoide, psoriásica o anquilosante, entre otros.  Sí  No
  - c. **Trastornos de espalda** como la enfermedad discal, fractura, ciática o curvatura de la columna vertebral, entre otros.  Sí  No
  - d. **Trastorno sanguíneo** como anemia, leucemia o hemofilia, entre otros.  Sí  No
  - e. **Cáncer o tumor maligno** como la enfermedad de Hodgkin, el linfoma o el melanoma, entre otros.  Sí  No
  - f. **Trastorno congénito o defecto congénito** como el síndrome de Down o un defecto cardíaco, entre otros.  Sí  No
  - g. **Trastorno digestivo** como úlceras, diverticulitis, enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, entre otros.  Sí  No
  - h. **Trastorno ocular, auditivo, nasal o de garganta** como estenosis o varices esofágicas o trastorno de tiroides, entre otros.  Sí  No
  - i. **Trastornos femeninos/masculinos** como endometriosis, mamografía anormal, examen de Papanicolaou, prueba de antígeno prostático específico (PSA) anormal o agrandamiento de próstata, entre otros.  Sí  No
  - j. **Trastornos genitourinarios** como prostatitis, pólipos en la vejiga o estenosis uretral, entre otros.  Sí  No
  - k. **Trastorno cardíaco o circulatorio** como ataque cardíaco, baipás, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial periférica, entre otros.  Sí  No
  - l. **Trastornos renales** como cálculos, nefropatía crónica, enfermedad renal poliquística o insuficiencia renal, entre otros.  Sí  No
  - m. **Trastornos hepáticos** como hepatitis, cirrosis o hígado graso, entre otros.  Sí  No
  - n. **Trastornos musculares o articulares** como distrofia muscular, miastenia grave o reemplazo de articulación, entre otros.  Sí  No
  - o. **Trastornos neurológicos** como epilepsia, esclerosis múltiple, parálisis o migrañas, entre otros.  Sí  No

## Cuestionario de salud

### Sección 1: PREGUNTAS SOBRE LA SALUD/INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

p. <b>Trastornos pancreáticos</b> como pancreatitis o insuficiencia pancreática, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
q. <b>Trastorno hipofisario o suprarrenal</b> como acromegalia, enfermedad de Cushing o enfermedad de Addison, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
r. <b>Trastornos respiratorios</b> como asma, EPOC, tuberculosis o fibrosis quística, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Usted o alguno de los dependientes que solicitan cobertura han tenido o tienen alguna de las siguientes enfermedades?:		
a. <b>¿Diabetes mellitus?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién tiene diabetes? _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Tipo 1 (juvenil) <input type="checkbox"/> Tipo 2 (del adulto)		
Si la respuesta es afirmativa, seleccione el tratamiento: <input type="checkbox"/> dieta controlada <input type="checkbox"/> medicación oral <input type="checkbox"/> insulina ¿Fecha del diagnóstico? _____ <i>Fecha</i>		
b. ¿Ha recibido tratamiento por <b>abuso de drogas o alcohol</b> en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ <input type="checkbox"/> drogas ilegales <input type="checkbox"/> medicamentos con receta <input type="checkbox"/> alcohol		
¿Estuvo la persona internada en un centro de rehabilitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas: Desde _____ Hasta _____		
c. <b>¿Trastornos nerviosos, mentales o del comportamiento</b> como, entre otros, ansiedad, depresión o trastorno bipolar?		
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál es el diagnóstico? _____		
Si la respuesta es afirmativa, seleccione el tratamiento: <input type="checkbox"/> paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> medicación con receta <input type="checkbox"/> asesoramiento		
¿Todavía recibe tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, ¿cuándo terminó el tratamiento? _____ <i>Fecha</i>		
d. ¿Le han recomendado <b>pruebas diagnósticas, cirugía u hospitalización</b> en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ ¿Por qué motivo? _____		
e. ¿Recibió <b>beneficios por discapacidad, compensación o pensión</b> debido a una enfermedad o lesión?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad? _____		
¿Continúa con la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, ¿cuál fue la fecha de recuperación? _____ <i>Fecha</i>		
f. ¿Consultó a un médico, psicoterapeuta, asesor u otro proveedor para recibir tratamiento médico o quirúrgico, o asesoramiento para cualquier afección no mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ Brinde detalles: _____		
g. ¿Recibió más de \$5,000 en servicios médicos en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién? _____ Brinde detalles: _____		

## Cuestionario de salud

### Sección 2: DETALLES DE LOS ANTECEDENTES MÉDICOS

1. Enumere todas las medicaciones con receta utilizadas en los últimos 12 meses. Si necesita más espacio, adjunte documentación adicional a esta solicitud.

Nombre de la persona	Nombre y motivo de la medicación	Dosis y frecuencia de uso	Inicio del uso	Fin del uso

2. Detalles de los antecedentes médicos para todas las respuestas «sí» de la sección 1: Preguntas sobre la salud/información médica. Si necesita más espacio, adjunte documentación adicional a esta solicitud.

Nombre de la persona	Diagnóstico/afección/tratamiento	Fecha de diagnóstico	Estado actual	¿Recuperación completa?
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

## Cuestionario de salud

### Sección 3: CERTIFICACIÓN COMPLEMENTARIA DEL PERFIL MÉDICO

**Lea el documento, fírmelo y escriba la fecha. SE REQUIERE la firma para la revisión de la suscripción.**

El solicitante suscrito certifica que ha leído, o le han leído, la solicitud completada y está consciente de que cualquier acto o práctica que constituya fraude o tergiversación intencional material de hecho en esta solicitud puede ocasionar la pérdida o revocación de la cobertura. Acepto que todos los reclamos relacionados con dicho acto fraudulento, práctica o tergiversación material intencionada de los hechos serán mi responsabilidad si se producen después de la terminación o como resultado de la rescisión.

Comprendo y acepto que Sentara Health Plans se basará en la información y las respuestas anteriores para establecer las tarifas de primas grupales para la cobertura de atención médica.

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, clínica, otro proveedor médico o relacionado con la medicina, centro, compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga conocimiento de mi salud o de la salud de mi cónyuge o dependientes, según lo indicado en esta solicitud, a divulgar dicha información a Sentara Health Plans en la medida que lo permita la ley con el fin de compilar una evaluación precisa de esta solicitud y establecer las tarifas de primas grupales para el grupo. Esta autorización no permite el uso o la divulgación de notas de psicoterapia. La autorización para divulgar información para el pago de reclamos es válida durante la vigencia de la cobertura y en relación con la solicitud de cobertura, o una solicitud de cambio en los beneficios, esta autorización será válida durante treinta (30) meses a partir de la fecha que se muestra a continuación.

Comprendo que Sentara Health Plans puede ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional de seguimiento sobre las afecciones de salud divulgadas en la sección J de esta solicitud para mí, mi cónyuge o mis dependientes cubiertos.

Comprendo que yo o mi representante autorizado podemos recibir una copia de esta autorización si la solicitamos. Estoy de acuerdo con que una fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que la original.

Certifico que trabajo en el lugar de trabajo del empleador en el empleo de tiempo completo al menos veinticinco (25) horas por semana. Autorizo a mi empleador a realizar las deducciones de mis ganancias necesarias para proveer mi aporte para esta cobertura y comprendo que mi empleador realiza este servicio para mi beneficio y no como agente de Sentara Health Plans. Acepto que la cobertura no está vigente hasta la fecha de entrada en vigencia que figura en cada tarjeta de id. de miembro que se me ha entregado a mí. Entiendo que la solicitud de mi empleador determinará la vigencia de la cobertura y que la cobertura no entrará en vigor si mi empleador no ha realizado dicha solicitud de cobertura.

Solicito cobertura de salud para las personas indicadas y acepto que debemos respetar las disposiciones relativas a la cobertura que figuran en el documento de cobertura en el que nos inscribiremos. Comprendo que estoy obligado a seleccionar un médico de atención primaria participante en el plan para mí y para mis dependientes cubiertos si elijo el plan HMO de Sentara Health Plans. Comprendo que es mi responsabilidad informar a Sentara Health Plans sobre cualquier cambio en la elegibilidad de mis dependientes. Si se solicita, se suministrará la documentación. También comprendo que estoy obligado a pagar el copago o coseguro aplicable en el momento en que se brinden los servicios.

Nombre del empleado ( <i>En letra de imprenta</i> )	Nombre de la empresa:	
<b>Firma del empleado con tinta</b>	<b>Fecha:</b> <i>(mm/dd/aaaa)</i>	Teléfono para contacto diurno:

## **Avisos adicionales**

Reciba recordatorios de bienestar y otra información importante.

Al proporcionar su número de teléfono, otorga su consentimiento para que Sentara Health Plans y sus representantes se pongan en contacto con usted en cualquier número de teléfono que nos haya indicado, lo que puede incluir números de teléfonos móviles. Usted comprende que no está obligado a aceptar y que aceptar no es una condición para ser miembro de Sentara Health Plans ni para recibir atención médica. Las comunicaciones dirigidas a estos números de teléfono pueden realizarse mediante dispositivos de marcación/entrega automática, marcación directa, mensajes de texto, mensajes SMS o RCS, correo de voz sin timbre y voces pregrabadas o artificiales. Las comunicaciones pueden incluir, entre otros, información sobre medicación, bienestar, atención preventiva, inscripción al plan de salud, preferencias de comunicación, pago y otra información que Sentara Health Plans o sus representantes consideren que puede interesarle o ser relevante para usted. Las comunicaciones y su contenido, que pueden incluir información médica, no se cifrarán. Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento. Para cancelar voluntariamente las llamadas telefónicas, llame al 1-800-275-3755. Para cancelar voluntariamente los mensajes de texto, envíe un mensaje de texto con la palabra «STOP» (Parar) al código corto 59270 o llame al 1-800-275-3755. Si usted no es el suscriptor del número de teléfono que ha facilitado, entonces acepta que ha obtenido el consentimiento del suscriptor para recibir estas comunicaciones. Sentara Health Plans no le cobrará por estas comunicaciones. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos de la compañía aseguradora.