

**Información del solicitante (empleado)** (llenado por el empleador)

Número de grupo:	Número de Id. del seguro:				
Clase/subgrupo:	Fecha de entrada en vigor del cambio: (MM/DD/AAAA)				
Número de Id. del empleado del grupo:					
Esta solicitud se envía como resultado de: <b>(Marque una opción)</b> <input type="checkbox"/> Inscripción grupal inicial <input type="checkbox"/> Período de inscripción grupal abierta <input type="checkbox"/> Nueva contratación de empleado <input type="checkbox"/> Cambio debido a un acontecimiento calificador (si marcó esta casilla, especifique el tipo de acontecimiento) Especifique el tipo de acontecimiento: _____ ¿Está el suscriptor o dependiente elegible del suscriptor eligiendo continuación de la cobertura por COBRA o Mini-COBRA? <b>(Marque una opción)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Declaro que tengo cobertura de otro plan médico grupal o seguro médico y, por lo tanto, renuncio a la inscripción para mí y mis familiares dependientes.	<b>Selección del plan de mercado:</b>	Copago de PCP	Copago de especialista	Deducible	
	All-Access HMO	<input type="checkbox"/>			
	All-Access QHDHP POS	<input type="checkbox"/>			
	All-Access PPO	<input type="checkbox"/>			
	All-Access QHDHP PPO	<input type="checkbox"/>			
	Choices PPO	<input type="checkbox"/>			
	Extra PPO	<input type="checkbox"/>			
	Premier HMO	<input type="checkbox"/>			

**Información administrativa general** (Escriba en letra de molde)

Nombre del médico de atención primaria (PCP):	Ubicación del PCP (ciudad):	Número de PCP:		
¿Es un paciente existente de un médico de atención primaria seleccionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre legal: (Apellido)	Nombre:	Inicial del segundo nombre:		
Dirección de la casa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal: (si es distinta a la dirección de la casa)	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Teléfono de la casa: (###) ###-####	Celular: (###) ###-####	Teléfono del trabajo: (###) ###-####		
Dirección de correo electrónico:				
(La dirección de correo electrónico que proporcione en esta solicitud permite que Geisinger Health Plan o Geisinger Quality Options, Inc. (el "Plan médico") haga sus actividades comerciales y entregue un buen servicio. Se usa para facilitar actividades, como las encuestas de satisfacción de los miembros. Tenga en cuenta que si proporciona su dirección de correo electrónico, esta se almacenará en una base de datos segura y no se venderá a ninguna entidad fuera del Plan médico. Podrá optar por no recibir las comunicaciones por correo electrónico).				
Número de seguro social: _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA	Situación laboral: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Despedido		
Descripción del cargo:	Fecha de contratación: MM/DD/AAAA	Consumo de tabaco en los últimos 6 meses*: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre, ciudad y teléfono del empleador:				
Horas de trabajo (por semana):	Tipo de empleo: (FT/PT/Otro)	Número de expediente médico de Geisinger: (si lo hay)		

\*El uso de tabaco significa usar tabaco en promedio cuatro o más veces por semana dentro de los últimos 6 meses como máximo (excluye el uso ceremonial o religioso del tabaco). Se aplica a dependientes adultos.

<b>Información del solicitante (empleado), continuación</b>			
La información abajo se puede usar para identificar posibles barreras de solicitud, inscripción y cobertura, y las desigualdades para las comunidades que atendemos, de modo que podamos trabajar para mejorar los servicios para todos los miembros. No afecta las opciones del plan, el costo del seguro médico o la elegibilidad. La información de raza y etnia informada por el cliente está protegida contra su revelación o acceso no autorizado.			
<b>SEXO ASIGNADO AL NACER</b>	<b>SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)</b>	<b>PRONOMBRES</b>	<b>IDIOMA PREFERIDO</b>
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> X O NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> ELLA <input type="checkbox"/> ÉL <input type="checkbox"/> ELLOS <input type="checkbox"/> MI NOMBRE <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR <input type="checkbox"/> NO INDICADO: _____	<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> GUYARATI <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> NEPALÉS <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> ÁRABE <input type="checkbox"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES
<b>ETNIA</b>	<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>	<b>IDENTIDAD DE GÉNERO</b>	<b>RAZA</b>
<input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL (NI LESBIANA NI HOMOSEXUAL) <input type="checkbox"/> LESBIANA U HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO) <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR
<b>ESTADO DE VETERANO</b>	<b>RAMA MILITAR:</b>		<b>PRINCIPALES CONFLICTOS</b>
¿VETERANO O MIEMBRO EN SERVICIO ACTIVO DEL EJÉRCITO DE EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR  SI LA RESPUESTA ES SÍ, AÑOS DE SERVICIO: _____	<input type="checkbox"/> FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> GUARDIA AÉREA NACIONAL <input type="checkbox"/> RESERVA DE FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> MARINA <input type="checkbox"/> EJÉRCITO <input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL DEL EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE MARINA <input type="checkbox"/> GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> RESERVA DE GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> CUERPO DE MARINES <input type="checkbox"/> VARIAS RAMAS		<input type="checkbox"/> GUERRA FRÍA <input type="checkbox"/> GUERRA DEL GOLFO <input type="checkbox"/> GUERRA DE IRAQ <input type="checkbox"/> GUERRA DE COREA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PAZ <input type="checkbox"/> GUERRA DE VIETNAM <input type="checkbox"/> SEGUNDA GUERRA MUNDIAL <input type="checkbox"/> GUERRA DE AFGANISTÁN
<b>CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS</b>	<b>VETERANO DISCAPACITADO</b>	<b>LA VA RECONOCE LA DISCAPACIDAD</b>	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

## Información de los dependientes

<b>DEPENDIENTE 1</b>	<b>NOMBRE LEGAL:</b> (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL 2.º NOMBRE):		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> (MM/DD/AAAA):
<b>RELACIÓN CON EL SUScriptor/TITULAR DE LA PÓLIZA</b>		<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:</b>	
<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> PAREJA <input type="checkbox"/> OTRO** _____ (** VEA LA PÁGINA 4)		<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER:</b>	
<b>USO DE TABACO:</b> ¿HA USADO ESTE DEPENDIENTE TABACO EN PROMEDIO CUATRO O MÁS VECES POR SEMANA EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)</b>	NOMBRE DE PCP: _____		TELÉFONO DE PCP: (_____) - _____ - _____
La información abajo se puede usar para identificar posibles barreras de solicitud, inscripción y cobertura, y las desigualdades para las comunidades que atendemos, de modo que podamos trabajar para mejorar los servicios para todos los miembros. No afecta las opciones del plan, el costo del seguro médico o la elegibilidad. La información de raza y etnia informada por el cliente está protegida contra su revelación o acceso no autorizado.			
<b>SEXO ASIGNADO AL NACER</b>	<b>SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)</b>	<b>PRONOMBRES</b>	<b>IDIOMA PREFERIDO</b>
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> X O NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> ELLA <input type="checkbox"/> ÉL <input type="checkbox"/> ELLOS <input type="checkbox"/> MI NOMBRE <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR <input type="checkbox"/> NO INDICADO: _____	<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> GUJARATI <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS <input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> NEPALÉS <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> ÁRABE <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES
<b>ETNIA</b>	<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>	<b>IDENTIDAD DE GÉNERO</b>	<b>RAZA</b>
<input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL (NI LESBIANA NI HOMOSEXUAL) <input type="checkbox"/> LESBIANA U HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO) <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR
<b>CONDICIÓN DE VETERANO (NO SE APLICA SI EL DEPENDIENTE ES MENOR DE 17 AÑOS).</b>	<b>RAMA MILITAR:</b>		<b>PRINCIPALES CONFLICTOS</b>
¿VETERANO O MIEMBRO EN SERVICIO ACTIVO DEL EJÉRCITO DE EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR  SI LA RESPUESTA ES SÍ, AÑOS DE SERVICIO: _____	<input type="checkbox"/> FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> GUARDIA AÉREA NACIONAL <input type="checkbox"/> RESERVA DE FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> MARINA <input type="checkbox"/> EJÉRCITO <input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL DEL EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE MARINA <input type="checkbox"/> RESERVA DE GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> RESERVA DE GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> CUERPO DE MARINES <input type="checkbox"/> VARIAS RAMAS		<input type="checkbox"/> GUERRA FRÍA <input type="checkbox"/> GUERRA DEL GOLFO <input type="checkbox"/> GUERRA DE IRAQ <input type="checkbox"/> GUERRA DE COREA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PAZ <input type="checkbox"/> GUERRA DE VIETNAM <input type="checkbox"/> SEGUNDA GUERRA MUNDIAL <input type="checkbox"/> GUERRA DE AFGANISTÁN
<b>CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS</b>	<b>VETERANO DISCAPACITADO</b>	<b>LA VA RECONOCE LA DISCAPACIDAD</b>	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

\*El uso de tabaco significa usar tabaco en promedio cuatro o más veces por semana en los últimos 6 meses como máximo (excluye el uso ceremonial o religioso del tabaco). Se aplica a dependientes adultos.

## Información de dependientes (continuación)

<b>DEPENDIENTE 2</b>		<b>NOMBRE LEGAL:</b> (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL 2.º NOMBRE):		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> (MM/DD/AAAA):	
<b>RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA</b> <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO** _____ (** CONSULTE LA PÁGINA 4)			<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:</b>		
			<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER:</b>		
<b>USO DE TABACO:</b> ¿HA USADO ESTE DEPENDIENTE TABACO EN PROMEDIO CUATRO O MÁS VECES POR SEMANA EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)</b>				<b>TELÉFONO DE PCP:</b>	
NOMBRE DE PCP: _____				(_____) - _____ - _____	
La información abajo se puede usar para identificar posibles barreras de solicitud, inscripción y cobertura, y las desigualdades para las comunidades que atendemos, de modo que podamos trabajar para mejorar los servicios para todos los miembros. No afecta las opciones del plan, el costo del seguro médico o la elegibilidad. La información de raza y etnia informada por el cliente está protegida contra su revelación o acceso no autorizado					
<b>SEXO ASIGNADO AL NACER</b>		<b>SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)</b>		<b>PRONOMBRES</b>	
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> X O NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<input type="checkbox"/> ELLA <input type="checkbox"/> ÉL <input type="checkbox"/> ELLOS <input type="checkbox"/> MI NOMBRE <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR <input type="checkbox"/> NO INDICADO: _____	
				<b>IDIOMA PREFERIDO</b>	
				<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> GUJARATI <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS <input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> NEPALÉS <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> ÁRABE <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES	
<b>ETNIA</b>		<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>		<b>IDENTIDAD DE GÉNERO</b>	
<input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL (NI LESBIANA NI HOMOSEXUAL) <input type="checkbox"/> LESBIANA U HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO) <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	
				<b>RAZA</b>	
				<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	
<b>CONDICIÓN DE VETERANO (NO SE APLICA SI EL DEPENDIENTE ES MENOR DE 17 AÑOS).</b>					
¿VETERANO O MIEMBRO EN SERVICIO ACTIVO DEL EJÉRCITO DE EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		RAMA MILITAR: <input type="checkbox"/> FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> GUARDIA AÉREA NACIONAL <input type="checkbox"/> RESERVA DE FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> MARINA <input type="checkbox"/> EJÉRCITO <input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL DEL EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE MARINA <input type="checkbox"/> GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> RESERVA DE GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> CUERPO DE MARINES <input type="checkbox"/> VARIAS RAMAS		<b>PRINCIPALES CONFLICTOS</b>	
SI LA RESPUESTA ES SÍ, AÑOS DE SERVICIO: _____				<input type="checkbox"/> GUERRA FRÍA <input type="checkbox"/> GUERRA DEL GOLFO <input type="checkbox"/> GUERRA DE IRAQ <input type="checkbox"/> GUERRA DE COREA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PAZ <input type="checkbox"/> GUERRA DE VIETNAM <input type="checkbox"/> SEGUNDA GUERRA MUNDIAL <input type="checkbox"/> GUERRA DE AFGANISTÁN	
<b>CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS</b>		<b>VETERANO DISCAPACITADO</b>		<b>LA VA RECONOCE LA DISCAPACIDAD</b>	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

<b>DEPENDIENTE 3</b>		<b>NOMBRE LEGAL:</b> (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL 2.º NOMBRE):		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> (MM/DD/AAAA):	
<b>RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA</b> <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO** _____ (** CONSULTE LA PÁGINA 4)			<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:</b>		
			<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER:</b>		
<b>USO DE TABACO:</b> ¿HA USADO ESTE DEPENDIENTE TABACO EN PROMEDIO CUATRO O MÁS VECES POR SEMANA EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)</b>				<b>TELÉFONO DE PCP:</b>	
NOMBRE DE PCP: _____				(_____) - _____ - _____	
La información abajo se puede usar para identificar posibles barreras de solicitud, inscripción y cobertura, y las desigualdades para las comunidades que atendemos, de modo que podamos trabajar para mejorar los servicios para todos los miembros. No afecta las opciones del plan, el costo del seguro médico o la elegibilidad. La información de raza y etnia informada por el cliente está protegida contra su revelación o acceso no autorizado					
<b>SEXO ASIGNADO AL NACER</b>		<b>SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)</b>		<b>PRONOMBRES</b>	
<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> X O NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<input type="checkbox"/> ELLA <input type="checkbox"/> ÉL <input type="checkbox"/> ELLOS <input type="checkbox"/> MI NOMBRE <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR <input type="checkbox"/> NO INDICADO: _____	
				<b>IDIOMA PREFERIDO</b>	
				<input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> GUJARATI <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS <input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> NEPALÉS <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> ÁRABE <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES	
<b>ETNIA</b>		<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>		<b>IDENTIDAD DE GÉNERO</b>	
<input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL (NI LESBIANA NI HOMOSEXUAL) <input type="checkbox"/> LESBIANA U HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO) <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	
				<b>RAZA</b>	
				<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	
<b>CONDICIÓN DE VETERANO (NO SE APLICA SI EL DEPENDIENTE ES MENOR DE 17 AÑOS).</b>					
¿VETERANO O MIEMBRO EN SERVICIO ACTIVO DEL EJÉRCITO DE EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		RAMA MILITAR: <input type="checkbox"/> FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> GUARDIA AÉREA NACIONAL <input type="checkbox"/> RESERVA DE FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> MARINA <input type="checkbox"/> EJÉRCITO <input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL DEL EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE MARINA <input type="checkbox"/> GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> RESERVA DE GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> CUERPO DE MARINES <input type="checkbox"/> VARIAS RAMAS		<b>PRINCIPALES CONFLICTOS</b>	
SI LA RESPUESTA ES SÍ, AÑOS DE SERVICIO: _____				<input type="checkbox"/> GUERRA FRÍA <input type="checkbox"/> GUERRA DEL GOLFO <input type="checkbox"/> GUERRA DE IRAQ <input type="checkbox"/> GUERRA DE COREA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PAZ <input type="checkbox"/> GUERRA DE VIETNAM <input type="checkbox"/> SEGUNDA GUERRA MUNDIAL <input type="checkbox"/> GUERRA DE AFGANISTÁN	
<b>CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS</b>		<b>VETERANO DISCAPACITADO</b>		<b>LA VA RECONOCE LA DISCAPACIDAD</b>	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

\*El uso de tabaco significa usar tabaco en promedio cuatro o más veces por semana en los últimos 6 meses como máximo (excluye el uso ceremonial o religioso del tabaco). Se aplica a dependientes adultos.

## Información de dependientes (continuación)

<b>DEPENDIENTE 4</b>		<b>NOMBRE LEGAL:</b> (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL 2.º NOMBRE):		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> (MM/DD/AAAA):	
<b>RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA</b> <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA <input type="checkbox"/> OTRO** _____ (** CONSULTE ABAJO)			<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:</b>		
			<b>NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER:</b>		
<b>USO DE TABACO:</b> ¿HA USADO ESTE DEPENDIENTE TABACO EN PROMEDIO CUATRO O MÁS VECES POR SEMANA EN LOS ÚLTIMOS SEIS (6) MESES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)</b> NOMBRE DE PCP: _____				TELÉFONO DE PCP: (_____) - _____ - _____	
La información abajo se puede usar para identificar posibles barreras de solicitud, inscripción y cobertura, y las desigualdades para las comunidades que atendemos, de modo que podamos trabajar para mejorar los servicios para todos los miembros. No afecta las opciones del plan, el costo del seguro médico o la elegibilidad. La información de raza y etnia informada por el cliente está protegida contra su revelación o acceso no autorizado					
<b>SEXO ASIGNADO AL NACER</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> NO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO		<b>SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> X O NO BINARIO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<b>PRONOMBRES</b> <input type="checkbox"/> ELLA <input type="checkbox"/> ÉL <input type="checkbox"/> ELLOS <input type="checkbox"/> MI NOMBRE <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR <input type="checkbox"/> NO INDICADO: _____	
		<b>IDIOMA PREFERIDO</b> <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> GUJARATI <input type="checkbox"/> RUSO <input type="checkbox"/> HINDI <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS <input type="checkbox"/> CHINO <input type="checkbox"/> ALEMÁN <input type="checkbox"/> NEPALÉS <input type="checkbox"/> VIETNAMITA <input type="checkbox"/> ÁRABE <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES			
<b>ETNIA</b> <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b> <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL (NI LESBIANA NI HOMOSEXUAL) <input type="checkbox"/> LESBIANA U HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> OTRO _____ <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		<b>IDENTIDAD DE GÉNERO</b> <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO) <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR	
		<b>RAZA</b> <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR			
<b>CONDICIÓN DE VETERANO (NO SE APLICA SI EL DEPENDIENTE ES MENOR DE 17 AÑOS).</b>				<b>PRINCIPALES CONFLICTOS</b>	
¿VETERANO O MIEMBRO EN SERVICIO ACTIVO DEL EJÉRCITO DE EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR		RAMA MILITAR: <input type="checkbox"/> FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> GUARDIA AÉREA NACIONAL <input type="checkbox"/> RESERVA DE FUERZA AÉREA <input type="checkbox"/> MARINA <input type="checkbox"/> EJÉRCITO <input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL DEL EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE EJÉRCITO <input type="checkbox"/> RESERVA DE MARINA <input type="checkbox"/> GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> RESERVA DE GUARDIA COSTERA <input type="checkbox"/> CUERPO DE MARINES <input type="checkbox"/> VARIAS RAMAS		<input type="checkbox"/> GUERRA FRÍA <input type="checkbox"/> GUERRA DEL GOLFO <input type="checkbox"/> GUERRA DE IRAQ <input type="checkbox"/> GUERRA DE COREA <input type="checkbox"/> TIEMPO DE PAZ <input type="checkbox"/> GUERRA DE VIETNAM <input type="checkbox"/> SEGUNDA GUERRA MUNDIAL <input type="checkbox"/> GUERRA DE AFGANISTÁN	
<b>CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<b>VETERANO DISCAPACITADO</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<b>LA VA RECONOCE LA DISCAPACIDAD</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

\*\* En el espacio de abajo, indique si tiene un hijo discapacitado mayor de 26 años o describa los casos en que seleccionó "Otro" en la relación con el dependiente. TENGA EN CUENTA: Se exigirá documentación que obligue al solicitante o al cónyuge del solicitante, si corresponde, a proporcionar cobertura de atención médica a los dependientes. Todos los dependientes deben cumplir los criterios de elegibilidad.

Nombre del dependiente	Género	Discapacitado	Descripción de relación legal
	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

TENGA EN CUENTA: Si alguno de sus dependientes, por los que presenta la solicitud, no vive en la dirección indicada en la sección de información del solicitante (empleado), indique los nombres, direcciones actuales y motivos por los que sus dependientes no viven en esa dirección, en el espacio de abajo. Si los dependientes viven con el padre o madre custodio, proporcione el nombre del padre o madre custodio.

\*El uso de tabaco significa usar tabaco en promedio cuatro o más veces por semana en los últimos 6 meses como máximo (excluye el uso ceremonial o religioso del tabaco). Se aplica a dependientes adultos.

## Declaración sobre fraude

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud del seguro o declaración de un reclamo con información sustancialmente falsa o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre cualquier hecho material relacionado, estará cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo cual es un delito y esa persona será susceptible a sanciones penales y civiles.

## Declaración sobre fraude

Mediante el presente solicito la cobertura del Plan médico que se me ofrece a mí y a mis dependientes, si la hay, como se muestra arriba. Entiendo que esta solicitud debe ser aceptada por el Plan médico y que, si se emite un Certificado de suscripción, los servicios disponibles estarán sujetos a las exclusiones, limitaciones y otras condiciones del Certificado de suscripción o las cláusulas adicionales, si corresponde. En caso de que se determine que uno (1) o más de mis dependientes no son elegibles para su inscripción en el Plan médico conforme al Certificado de suscripción, autorizo al Plan médico a procesar esta solicitud, omitiendo los nombres de los dependientes no elegibles. También entiendo que las tarifas para el Certificado de suscripción o las cláusulas adicionales, si corresponde, emitidas para mí están sujetas a cambios del Plan médico, conforme a los términos del acuerdo con mi empleador, y con aviso anticipado de treinta (30) días a mi empleador, quien me representa. Autorizo a mi empleador a hacer deducciones periódicas de mi sueldo o salario por la cantidad, de haber alguna, que debo contribuir por las tarifas de la cobertura que se proporciona según mi Certificado de suscripción o cláusulas adicionales. La información registrada arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la tergiversación de información importante por mi parte en esta solicitud puede ser motivo de cancelación del Certificado de suscripción o cláusulas adicionales, si corresponde, emitido por el Plan médico en relación con esta solicitud. Leí o me leyeron este documento. Entiendo que debo guardar una copia de esta solicitud para mis propios registros. Una copia fotográfica de esta declaración tendrá la misma validez que la original. Autorizo al Plan médico a transmitir electrónicamente la información contenida en la misma. Si la solicitud se tomó por teléfono o computadora, reconozco que yo no he firmado realmente esta solicitud, pero, en su lugar, mediante la presente autorizo al Plan médico a estampar una confirmación electrónica en la línea de firma de la solicitud y acepto que la misma se trate como una firma válida para todos los fines de este formulario. Reconozco que el Plan médico verificó mi identidad para este fin, de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones aplicables.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Firma del empleador

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

# La discriminación es ilegal

Geisinger Health Plan y Geisinger Quality Options, Inc. (en conjunto, denominados el "Plan médico") cumplen todas las leyes de derecho civil federales aplicables y no discriminan por raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. El Plan médico no excluye a las personas ni las trata distinto debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

El Plan médico:

- Presta servicios y ayudas gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse en forma eficaz con nosotros, como:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios de idiomas gratis a personas que no hablan inglés como su primer idioma, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al Plan médico al 800-447-4000 o TTY: 711.

Si cree que el Plan médico no ha prestado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal con:

Civil Rights Grievance Coordinator  
Geisinger Health Plan Appeal Department  
100 North Academy Avenue, Danville, PA 17822-3220  
Teléfono: 866-577-7733, TTY: 711  
Fax: 570-271-7225  
GHPCivilRights@thehealthplan.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de Quejas Formales de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de manera electrónica en el Portal de quejas de derechos civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F  
HHH Building, Washington, DC 20201  
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-447-4000 or TTY: 711.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-447-4000 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-447-4000 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-447-4000 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-447-4000 (телетайп: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-447-4000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-447-4000 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-447-4000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-447-4000 (ATS: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-447-4000 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 800-447-4000 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-447-4000 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-447-4000 (TTY: 711).

પ્રયત્ન: ખેડિસવાહુકસિયાય કાલાંદ્દ, સેવાંસુયંદ્દકાલાં દેખાયેસકીકળુપુલ કીમાવસાસંકાંપંદેહુકાં દુરાં દુરાંસંદ્દ 800-447-4000 (TTY: 711)។

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-447-4000 (TTY: 711).

HPM 50 alb: Nondiscrimination dev. 9.12.16  
Y0032\_16242\_2 File and Use 9/2/16