

Formulario de Inscripción para Empleados



Venta de Grupos: Tel: 1-888-371-3060 | Fax: 1-415-955-8819

Balance by CCHP proporcionará traducción u otro tipo de asistencia en el idioma sin cargo para completar la solicitud. La solicitud, junto con el Formulario de Divulgación/ Evidencia de Cobertura ("Acuerdo") constituye el contrato del plan, y los solicitantes pueden solicitar una copia del Acuerdo antes de la inscripción para conocer los términos y condiciones del contrato del plan.

Información del Grupo de Empleador		
Nombre del Empleador (Grupo):		Número del Grupo:
Fecha de Vigencia Propuesta (MM/DD/AA): / /	Fecha de Contratación (MM/DD/AA): / /	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial
Motivo de la Solicitud <input type="checkbox"/> Nuevo Grupo <input type="checkbox"/> Inscripción Abierta <input type="checkbox"/> Nueva Contratación <input type="checkbox"/> Añadir Dependiente(s) <input type="checkbox"/> Cambio en Estado de Empleado, Razón _____ <input type="checkbox"/> Otra Inscripción, Razón _____		
Selección de Cobertura del Plan Grupal del Empleador		
Planes	<input type="checkbox"/> Ruby ¹⁰ HMO Platinum	<input type="checkbox"/> Ruby ²⁰ HMO Platinum
	<input type="checkbox"/> Ruby ⁴⁰ HMO Platinum	<input type="checkbox"/> Opal ²⁵ HMO Gold
	<input type="checkbox"/> Opal ⁵⁰ HMO Silver	
Médicos	<input type="checkbox"/> Platinum ⁹⁰ HMO	<input type="checkbox"/> Gold ⁸⁰ HMO
	<input type="checkbox"/> Silver ⁷⁰ HMO	<input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HMO
	<input type="checkbox"/> Bronze ⁶⁰ HDHP HMO	
Cláusulas Opcionales (se aplica a todos los inscritos en Balance)	<input type="checkbox"/> Visión para Adultos (VSP)	<input type="checkbox"/> Dental para Adultos (Delta) <input type="checkbox"/> Otro: _____
Nota(s) (Solo para uso de Balance):		

1. Información sobre el Empleado		
Apellido:	Nombre:	Inicial:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY): / /	# SS:
Correo Electrónico:	Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:
Dirección del Hogar, Ciudad, Estado, Código Postal (No se permite apartado de correos):		
Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal (si es diferente a la dirección del hogar):		
Médico de Atención Primaria (PCP):	Grupo Médico: <i>(Deje en blanco si no lo sabe)</i>	¿Paciente Actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
One Medical <input type="checkbox"/> Sí, quiero UNIRME a One Medical. En caso afirmativo, le asignaremos un PCP. Eres libre de cambiar si lo decides más tarde.		
¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	

¿Cuál es tu etnia? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder
¿Cuál es su idioma preferido para la atención médica?			
ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano (ASL) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Búlgaro <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Cantonés (hablado) <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Mandarín (hablado) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Coreano	ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español	ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su sexo asignado al nacer?			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder			
¿Cuál es su pronombre preferido?			
<input type="checkbox"/> Él/él/suyo: [Pronombres masculinos] <input type="checkbox"/> Ze/zir/zirs: [Pronombres singulares neutros para aquellos que no quieren usar elle/elle/suyo.] <input type="checkbox"/> Ella/ella/suya: [Pronombres femeninos] <input type="checkbox"/> Sin pronombre <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input type="checkbox"/> Elle/elle/suyo: [Pronombres grupales de género neutro y pronombres singulares] <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____			
¿Cuál es su identidad de género actual?			
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FAM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MAF) <input type="checkbox"/> Genderqueer (ni exclusivamente masculino ni femenino)		<input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su orientación sexual?			
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Otra cosa, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
2. Enumere a todos los miembros de la familia que deben estar cubiertos			
<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /		# SS:	
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:
Médico de Atención Primaria (PCP): (Requerido solo para planes HMO):		Grupo Médico: (Deje en blanco si no lo sabe)	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	

¿Cuál es su etnia? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder
¿Cuál es su idioma preferido para la atención médica?			
ESCRITO <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano (ASL) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Búlgaro <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Cantonés (hablado) <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Mandarín (hablado) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Coreano	HABLADO <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español	ESCRITO <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su sexo asignado al nacer?			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder			
¿Cuál es su pronombre preferido?			
<input type="checkbox"/> Él/él/suyo: [Pronombres masculinos]		<input type="checkbox"/> Ze/zir/zirs: [Pronombres singulares neutros para aquellos que no quieren usar elle/elle/suyo.]	
<input type="checkbox"/> Ella/ella/suya: [Pronombres femeninos]		<input type="checkbox"/> Sin pronombre	
<input type="checkbox"/> Elle/elle/suyo: [Pronombres grupales de género neutro y pronombres singulares]		<input type="checkbox"/> Me niego a responder	
		<input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____	
¿Cuál es su identidad de género actual?			
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FAM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MAF) <input type="checkbox"/> Genderqueer (ni exclusivamente masculino ni femenino)		<input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su orientación sexual?			
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Otra cosa, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
Dependiente # 1	Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /		# SS:	
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:
Médico de Atención Primaria (PCP):		Grupo Médico: (Deje en blanco si no lo sabe)	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su etnia? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder

¿Cuál es su idioma preferido para la atención médica?																			
ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano (ASL) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Búlgaro <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Cantonés (hablado) <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Mandarín (hablado) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Coreano		ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español																	
		ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder																	
¿Cuál es su sexo asignado al nacer?																			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder																			
¿Cuál es su pronombre preferido?																			
<input type="checkbox"/> Él/él/suyo: [Pronombres masculinos] <input type="checkbox"/> Ella/ella/suya: [Pronombres femeninos] <input type="checkbox"/> Elle/elle/suyo: [Pronombres grupales de género neutro y pronombres singulares]		<input type="checkbox"/> Ze/zir/zirs: [Pronombres singulares neutros para aquellos que no quieren usar elle/elle/suyo.] <input type="checkbox"/> Sin pronombre <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____																	
¿Cuál es su identidad de género actual?																			
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FAM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MAF) <input type="checkbox"/> Genderqueer (ni exclusivamente masculino ni femenino)		<input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder																	
¿Cuál es su orientación sexual?																			
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Otra cosa, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">Dependiente # 2</td> <td style="width:30%;">Apellido:</td> <td style="width:30%;">Nombre:</td> <td style="width:25%;">Inicial:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /</td> <td colspan="2"># SS:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Correo Electrónico:</td> <td>Teléfono Celular:</td> <td>Teléfono del Hogar:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Médico de Atención Primaria (PCP):</td> <td>Grupo Médico (<i>Deje en blanco si no lo sabe</i>):</td> <td>¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>				Dependiente # 2	Apellido:	Nombre:	Inicial:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /		# SS:		Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:	Médico de Atención Primaria (PCP):		Grupo Médico (<i>Deje en blanco si no lo sabe</i>):	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Dependiente # 2	Apellido:	Nombre:	Inicial:																
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /		# SS:																	
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:																
Médico de Atención Primaria (PCP):		Grupo Médico (<i>Deje en blanco si no lo sabe</i>):	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																
¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)																			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder																	
¿Cuál es su etnia? (Marque todo lo que corresponda)																			
<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro		<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Iraní <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita																	
		<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder																	

¿Cuál es su idioma preferido para la atención médica?			
ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano (ASL) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Búlgaro <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Cantonés (hablado) <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Mandarín (hablado) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Coreano		ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español	
		ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su sexo asignado al nacer?			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder			
¿Cuál es su pronombre preferido?			
<input type="checkbox"/> Él/él/suyo: [Pronombres masculinos]		<input type="checkbox"/> Ze/zir/zirs: [Pronombres singulares neutros para aquellos que no quieren usar elle/elle/suyo.]	
<input type="checkbox"/> Ella/ella/suya: [Pronombres femeninos]		<input type="checkbox"/> Sin pronombre <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
<input type="checkbox"/> Elle/elle/suyo: [Pronombres grupales de género neutro y pronombres singulares]		<input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____	
¿Cuál es su identidad de género actual?			
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FAM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MAF) <input type="checkbox"/> Genderqueer (ni exclusivamente masculino ni femenino)		<input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su orientación sexual?			
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Otra cosa, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
Dependiente # 3		Apellido:	
		Nombre:	
		Inicial :	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /		# SS:	
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:
Médico de Atención Primaria (PCP):		Grupo Médico (<i>Deje en blanco si no lo sabe</i>):	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su etnia? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder

¿Cuál es su idioma preferido para la atención médica?			
ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano (ASL) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Búlgaro <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Cantonés (hablado) <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Mandarín (hablado) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Coreano		ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español	
		ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su sexo asignado al nacer?			
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder			
¿Cuál es su pronombre preferido?			
<input type="checkbox"/> Él/él/suyo: [Pronombres masculinos] <input type="checkbox"/> Ella/ella/suya: [Pronombres femeninos] <input type="checkbox"/> Elle/elle/suyo: [Pronombres grupales de género neutro y pronombres singulares]		<input type="checkbox"/> Ze/zir/zirs: [Pronombres singulares neutros para aquellos que no quieren usar elle/elle/suyo.] <input type="checkbox"/> Sin pronombre <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____	
¿Cuál es su identidad de género actual?			
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FAM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MAF) <input type="checkbox"/> Genderqueer (ni exclusivamente masculino ni femenino)		<input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su orientación social?			
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Otra cosa, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
Dependiente # 4			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA): / /		# SS:	
Correo Electrónico:		Teléfono Celular:	Teléfono del Hogar:
Médico de Atención Primaria (PCP):		Grupo Médico (<i>Deje en blanco si no lo sabe</i>):	¿Paciente actual? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su raza? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
¿Cuál es su etnia? (Marque todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder

¿Cuál es su idioma preferido para la atención médica?		
ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Lenguaje de signos americano (ASL) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Búlgaro <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Cantonés (hablado) <input type="checkbox"/> Chino (escrito) / Mandarín (hablado) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Coreano	ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Khmer <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Persa <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Punjabi <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español	ESCRITO HABLADO <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder
¿Cuál es su sexo asignado al nacer?		
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder		
¿Cuál es su pronombre preferido?		
<input type="checkbox"/> Él/él/suyo: [Pronombres masculinos] <input type="checkbox"/> Ze/zir/zirs: [Pronombres singulares neutros para aquellos que no quieren usar elle/elle/suyo.] <input type="checkbox"/> Ella/ella/suya: [Pronombres femeninos] <input type="checkbox"/> Sin pronombre <input type="checkbox"/> Me niego a responder <input type="checkbox"/> Elle/elle/suyo: [Pronombres grupales de género neutro y pronombres singulares] <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique: _____		
¿Cuál es su identidad de género actual?		
<input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (FAM) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (MAF) <input type="checkbox"/> Genderqueer (ni exclusivamente masculino ni femenino)		<input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otra, por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder
¿Cuál es su orientación sexual?		
<input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Otra cosa, por favor describa: _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Me niego a responder
3. Información sobre Medicare		
¿Hay alguna persona que solicita cobertura actualmente inscrita en Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, adjunte una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare y nombre: _____		
4. Divulgación de Información Personal y de Salud		
<p>Balance comprende la importancia de mantener privada su información personal y de salud y la de sus dependientes. Balance protege e sta información en forma electrónica, escrita y oral cuando se usa en toda nuestra empresa. Balance no divulgará esta información sin su autorización, ex cepto según lo permita la ley. Con el fin de administrar su cobertura de Balance, las leyes estatales y federales permiten que Balance obtenga su información médica y la de sus dependientes de un proveedor de atención médica, aseguradora, organización de apoyo de seguros, plan de salud o su agente de seguros. Además, se gún las leyes estatales y federales, Balance puede divulgar su información de salud y la de sus dependientes a un proveedor de atención médica, aseguradora, organización de apoyo de seguros, plan de salud o su agente de seguros. Una explicación completa de las políticas y procedimientos de Balance ("Aviso de prácticas de confidencialidad y privacidad") para preservar la confidencialidad de su información personal y de salud está disponible y se le proporcionará si la solicita llamando al Departamento de Servicio al Cliente o accediendo al sitio web de Balance.</p>		
5. Acuerdo de Arbitraje		
<p>I understand that (except for Small Claims cases) any and all disputes, including claims of medical malpractice (that is as to whether any medical services rendered under the health plan were unnecessary or unauthorized or were improperly, negligently, or incompetently rendered), which may arise under the agreement between me and Balance and any of this affiliates shall be determined by submission to binding arbitration as provided by California law. Any such dispute will not be resolved by a lawsuit or resort to court process except as applicable law provides for judicial review of arbitration proceedings. ALL PARTIES TO THIS CONTRACT, BY ENTERING INTO IT, ARE GIVING UP THEIR CONSTITUTIONAL RIGHT TO HAVE ANY SUCH DISPUTE DECIDED IN A COURT OF LAW BEFORE A JURY, AND INSTEAD ARE ACCEPTING THE USE OF BINDING ARBITRATION. For more information regarding binding arbitration, please refer to your Evidence of Coverage.</p>		
Firma del Empleado X	Nombre del Empleado:	Fecha (MM/DD/AA): / /
Firma del Empleador/Representante Autorizado: X	Nombre y Título del Empleador/Representante Autorizado:	Fecha (MM/DD/AA): / /

Protección de Privacidad de Datos

Balance by CCHP deben cumplir con varias leyes estatales y federales para proteger, asegurar, retener y mantener la confidencialidad de su información personal y confidencial. Estas leyes incluyen, entre otras, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y la Ley de Privacidad del Consumidor de California (CCPA). Balance ha implementado políticas y procedimientos para garantizar que el acceso o el uso de su información personal sea seguro.

Las políticas y procesos incluyen estándares sobre cómo Balance gestiona el acceso y la utilización de información identificada sobre raza, origen étnico, idioma preferido, identidad de género y orientación sexual recopilada para miembros actuales o potenciales del plan de salud. Balance divulga sus procedimientos para gestionar el acceso y el uso de la información recopilada sobre raza, origen étnico, idioma preferido, identidad de género e información sexual como mínimo, en el momento de la recopilación de datos y en la página de Privacidad de Cumplimiento del sitio web de Balance en balancebycchp.com/confidentiality-and-compliance-notice/. Si tiene preguntas sobre estas políticas, llame a la Línea Directa de Cumplimiento de Balance al 415-955-8810 o envíe un correo electrónico a Compliance@balancebycchp.com.