



Landmark Healthplan of California, Inc.
 P.O. Box 255689
 Sacramento, CA 95865
 Teléfono: (800) 298-4875
 Fax: (916) 646-1263

<https://securemail-avicore.com>

Submit to: GroupServices@avicore.com

Formulario de inscripción

Miembro nuevo Grupo laboral _____
 Actualización de miembro existente Fecha de contratación _____
PROPORCIONE LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA Fecha de validez: _____

DATOS DEL EMPLEADO

_____-_____-_____- (_____)_____- (_____)_____-
 Número de seguro social Teléfono particular Teléfono del lugar de trabajo

_____-_____-_____- _____ Masculino Femenino
 Apellido Nombre Inicial del 2º nombre Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) Edad Sexo

 Dirección, incluido N.º de departamento

 Ciudad, Estado, Código postal

INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (Indique la pareja de hecho o cónyuge registrado; después los hijos del mayor al menor).

Apellido	Nombre	Inicial del 2º nombre	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Sexo
			_____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			_____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			_____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			_____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			_____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
			_____/_____/_____		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Los términos y condiciones de inscripción se describen en su Formulario combinado de prueba de cobertura y entrega de Landmark Healthplan of California, Inc. (el "Plan"), además del Acuerdo de grupo entre el Plan y su grupo laboral.

En caso de que esta solicitud de cobertura sea aceptada, autorizo a cualquier profesional de atención médica, según lo permita la ley, a proporcionar al Plan información sobre el estado de salud o el tratamiento de cualquier persona inscrita cuyo nombre aparezca en este formulario y según se requiera para que por medio del Plan se autorice o se paguen los servicios incluidos en la cobertura prestados por dicho profesional.

Además autorizo al Plan y a cualquier otro plan de atención médica a través del cual yo y/o mis dependientes tenemos cobertura, a entregar cualquier información entre ellos que sea necesaria para coordinar los beneficios entre los planes.

Con respecto a las autorizaciones anteriores, estoy de acuerdo en que una copia de este formulario sea igual de válida que el original.

ACEPTO Y ENTIENDO QUE CUALQUIER Y TODAS LAS CONTROVERSIAS, INCLUIDOS AQUELLOS RECLAMOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN VIRTUD DEL PLAN Y LOS RECLAMOS POR MALA PRÁCTICA MÉDICA (ES DECIR, EN CASO DE QUE ALGÚN SERVICIO MÉDICO PRESTADO EN VIRTUD DEL PLAN DE SALUD FUERA INNECESARIO, NO ESTUVIESE AUTORIZADO O SE HUBIESE PRESTADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTE), EXCEPTO PARA LOS RECLAMOS SUJETOS A LAS DISPOSICIONES DE ERISA, ENTRE MI PERSONA Y MIS DEPENDIENTES INSCRITOS EN EL PLAN (INCLUIDO CUALQUIER HEREDERO O BENEFICIARIO) Y LANDMARK HEALTHPLAN OF CALIFORNIA, INC., O CUALQUIERA DE SUS FILIALES, SUBSIDIARIAS O SU MATRIZ, SERÁ DIRIMIDA EN ARBITRAJE OBLIGATORIO. NINGUNA DE DICHAS CONTROVERSIAS SERÁ DIRIMIDA POR LITIGIO O RECURRIENDO A UN PROCESO JUDICIAL, EXCEPTO SI LA LEY DE ARBITRAJE FEDERAL SEÑALA LA APLICACIÓN DE REVISIÓN JUDICIAL A PROCEDIMIENTO DE ARBITRAJE. TODAS LAS PARTES DEL PRESENTE RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE QUE DICHAS

CONTROVERSIAS SEAN RESUELTAS EN JUZGADO ANTE JURADO Y EN SU LUGAR ACEPTAN EL ARBITRAJE OBLIGATORIO.

Firma _____ Fecha de hoy _____

Landmark Healthplan of California, Inc., puede brindarle asistencia gratis en otros idiomas para ayudarlo a usar su beneficio de quiropráctica o acupuntura. Simplemente debe decirle al quiropráctico o acupunturista que desea dicha asistencia al momento de realizar su cita o llame a Landmark al 1-800-298-4875 entre las 5:30 AM y las 5 PM, de lunes a viernes.

Deseamos brindarle un servicio excelente y por ello le pedimos su ayuda. Al contestar las siguientes preguntas, nos ayudará a conocer qué idioma prefiere que usemos al hablarle o escribirle sobre los beneficios de quiropráctica o acupuntura. Una nueva ley de California nos obliga a realizarle estas preguntas. Haga su mejor esfuerzo para responder de manera completa. Puede utilizar una hoja de papel adicional, si es necesario.

1) ¿Usted y su familia son de ascendencia latina o hispana? Nombre a cada integrante de su familia y marque "NO" o "SÍ". **PREFIERE NO DECLARAR.**

NOMBRE COMPLETO DEL INTEGRANTE DE SU FAMILIA **NO** **SÍ (mencione de dónde)**

Su nombre:		

2) ¿A qué raza pertenecen usted y su familia? Puede marcar más de una casilla si usted o los integrantes de su familia pertenecen a razas mixtas.

Usted: Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

Otros integrantes de su familia por nombre:

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

_____ Indígena americano o nativo de Alaska Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de Hawaii/nativo de las islas del Pacífico Asiático Otro Prefiere no declarar

3) ¿Qué idioma prefiere que utilicemos para comunicarnos con usted y los otros integrantes de su familia? Nombre a cada integrante de su familia e indique el idioma de su preferencia.

NOMBRE COMPLETO DEL INTEGRANTE DE SU FAMILIA **IDIOMA HABLADO** **IDIOMA ESCRITO**

Su nombre:		

