

Fecha de entrada en vigor del cambio: _____

SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA

Marque si es miembro de Geisinger Gold

NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE CLASE	NÚMERO DE ID. DEL SEGURO
NOMBRE LEGAL (APELLIDO)	(NOMBRE)	(INICIAL DEL 2.º NOMBRE)
DIRECCIÓN (NÚMERO)	(CALLE)	(N.º DE APTO.)
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CONDADO		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		

CAMBIOS EN LA INSCRIPCIÓN

- Agregar dependientes
- Cambio de dirección
- Cambio de nombre
- _____ (Apellido anterior)
- Número de teléfono principal (____)
- Cambio de plan
- _____ (Nombre del nuevo plan)
- Cambio de clase: _____
- Otro: _____

Cambio de médico de atención primaria

Razón del cambio de PCP:
(Marque una opción)

- Insatisfacción con el acceso
- Comodidad
- Error en la selección de PCP
- Incapacidad de establecer una relación
- Insatisfacción con la atención médica
- PCP deja el Plan médico
- PCP se muda
- Insatisfacción con el servicio del proveedor
- Razón de la cancelación de la inscripción

* La información del cambio a nuevo PCP se debe actualizar en la sección Cambio de suscriptor/dependiente, más abajo

CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN

SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA

- Fallecimiento: (Fecha de muerte)
- Licencia
- No pago de las primas
- Jubilación
- Término de empleo

DEPENDIENTE

- Insatisfacción con el plan
- Pérdida de la condición de dependiente
- Preferencia personal
- Selección de otro seguro
- Inscripción abierta _____

- Despido
- Mudanza fuera del área de servicio
- Reducción de las horas de trabajo
- Otro: _____

COBRA/Mini-COBRA. Si los cambios mencionados en CANCELACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN se deben a un acontecimiento calificante según COBRA o Mini-COBRA, como corresponda, ¿seleccionó el suscriptor/titular de la póliza, o los dependientes elegibles del suscriptor/titular de la póliza, la continuación de cobertura a través de COBRA o Mini-COBRA? (Marque una opción)

1. SÍ 2. NO 3. Determinación pendiente 4. No se aplica (no se aplica COBRA/Mini-COBRA)

CAMBIOS DEL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA Y DEPENDIENTES (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA)

Geisinger Health Plan puede referirse colectivamente a los patrocinadores de cobertura de atención médica Geisinger Health Plan, Geisinger Quality Options, Inc. y Geisinger Indemnity Insurance Company, a menos que se indique lo contrario. Geisinger Health Plan es parte de Geisinger, una organización de cobertura y atención médica integrada.

CAMBIOS 1 (Si no es aplicable, deje en blanco y siga a las firmas en la página 3).																							
MARQUE UNO			NOMBRE LEGAL			FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA	ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO	¿Ha usado el adulto independiente (aplica a todos los dependientes mayores de 21 años) tabaco en promedio cuatro (4) o más veces por semana dentro de seis (6) meses?	NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER	NOMBRE/UBICACIÓN DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (CIUDAD)										
AGREGAR	ELIMINAR	CAMBIO DE PLAN	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	MES/DÍA/AÑO	(CONYUGE, COMPAÑERO DOMÉSTICO*, HIJO, HIJA, OTRO*)	FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE DIVORCIO	OTRO CAMBIO DE ESTADO/A CONTECIMIENTO LEGAL CALIFICANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO											
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.																							
SEXO ASIGNADO AL NACER		SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)			PRONOMBRES			IDIOMA PREFERIDO															
<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> X O NO BINARIO	<input type="checkbox"/> ELLA	<input type="checkbox"/> ÉL	<input type="checkbox"/> ELLE	<input type="checkbox"/> MI NOMBRE	<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> NO INDICADO:	<input type="checkbox"/> INGLÉS	<input type="checkbox"/> ESPAÑOL	<input type="checkbox"/> NEPALÉS	<input type="checkbox"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES	<input type="checkbox"/> OTRO: _____	<input type="checkbox"/> GUJARATI	<input type="checkbox"/> LENGUAJE DE SEÑAS	<input type="checkbox"/> VIETNAMITA	<input type="checkbox"/> RUSO	<input type="checkbox"/> CHINO	<input type="checkbox"/> ÁRABE	<input type="checkbox"/> HINDI	<input type="checkbox"/> ALEMÁN
<input type="checkbox"/> NO REGISTRADO EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO		<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR			<input type="checkbox"/> NO INDICADO:			<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR															
ETNIA		ORIENTACIÓN SEXUAL			IDENTIDAD DE GÉNERO			RAZA															
<input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO	<input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO	<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"/> PREFERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE)	<input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER)	<input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO)	<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO	<input type="checkbox"/> BLANCO	<input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO	<input type="checkbox"/> HAWAIIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO	<input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS	<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR	<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"/> HISPANO O LATINO	<input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO	<input type="checkbox"/> LESBIANA U HOMOSEXUAL	<input type="checkbox"/> BISEXUAL	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	<input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE)	<input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER)	<input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO)	<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	<input type="checkbox"/> ASIÁTICO	<input type="checkbox"/> BLANCO	<input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO	<input type="checkbox"/> HAWAIIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO	<input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS	<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> GUERRA FRÍA	<input type="checkbox"/> GUERRA DEL GOLFO	<input type="checkbox"/> GUERRA DE IRAQ	<input type="checkbox"/> GUERRA DE COREA	
ESTADO DE VETERANO		AÑOS DE SERVICIO		RAMA DE SERVICIO		PRINCIPALES CONFLICTOS																	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR	<input type="checkbox"/> FUERZA AÉREA	<input type="checkbox"/> GUARDIA AÉREA NACIONAL	<input type="checkbox"/> EJÉRCITO	<input type="checkbox"/> GUARDIA NACIONAL DEL EJÉRCITO	<input type="checkbox"/> CUERPO DE MARINES	<input type="checkbox"/> RESERVA DE FUERZA AÉREA	<input type="checkbox"/> RESERVA DE EJÉRCITO	<input type="checkbox"/> RESERVA DE MARINA	<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"/> GUERRA MUNDIAL II	<input type="checkbox"/> GUERRA EN AFGANISTÁN	<input type="checkbox"/> GUERRA FRÍA	<input type="checkbox"/> GUERRA DEL GOLFO	<input type="checkbox"/> GUERRA DE IRAQ	<input type="checkbox"/> GUERRA DE COREA	
CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS		VETERANO DISCAPACITADO		LA VA RECONOCE DISCAPACIDAD																			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO																			

CAMBIOS 2 (Si no es aplicable, deje en blanco y siga a las firmas en la página 3).

MARQUE UNO			NOMBRE LEGAL			FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA POLIZA (CONYUGE, COMPAÑERO DOMÉSTICO*, HIJO, HIJA, OTRO*)	ESTADO CIVIL			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿Ha usado el adulto independiente (aplica a todos los dependientes mayores de 21 años) tabaco en promedio cuatro (4) o más veces por semana dentro de seis (6) meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER	NOMBRE/LUGAR DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (CIUDAD)
AGREGAR	ELIMINAR	CAMBIO DE PLAN	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	MES/DÍA/AÑO		FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE DIVORCIO	OTRO CAMBIO DE ESTADO/ACONTECIMIENTO LEGAL CALIFICANTE				
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.														
SEXO ASIGNADO AL NACER		SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)			PRONOMBRES			IDIOMA PREFERIDO						
<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"/> ELLE <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"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES <input type="checkbox"/> OTRO: _____						
ETNIA		ORIENTACIÓN SEXUAL			IDENTIDAD DE GÉNERO					RAZA				
<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"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <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"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <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				
ESTADO DE VETERANO		AÑOS DE SERVICIO		RAMA DE SERVICIO			PRINCIPALES CONFLICTOS							
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR				<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"/> GUERRA MUNDIAL II <input type="checkbox"/> GUERRA EN AFGANISTÁN							
CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS				VETERANO DISCAPACITADO				LA VA RECONOCE LA DISCAPACIDAD						
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						

CAMBIOS 3 (Si no es aplicable, deje en blanco y siga a las firmas en la página 3).

MARQUE UNO			NOMBRE LEGAL			FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA POLIZA (CONYUGE, COMPAÑERO DOMÉSTICO*, HIJO, HIJA, OTRO*)	ESTADO CIVIL			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿Ha usado el adulto independiente (aplica a todos los dependientes mayores de 21 años) tabaco en promedio cuatro (4) o más veces por semana dentro de seis (6) meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER	NOMBRE/LUGAR DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (CIUDAD)
AGREGAR	ELIMINAR	CAMBIO DE PLAN	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2.º NOMBRE	MES/DÍA/AÑO		FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE DIVORCIO	OTRO CAMBIO DE ESTADO/ACONTECIMIENTO LEGAL CALIFICANTE				
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.														
SEXO ASIGNADO AL NACER		SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)			PRONOMBRES			IDIOMA PREFERIDO						
<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"/> ELLE <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"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES <input type="checkbox"/> OTRO: _____						
ETNIA		ORIENTACIÓN SEXUAL			IDENTIDAD DE GÉNERO					RAZA				
<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"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <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"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <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				
ESTADO DE VETERANO		AÑOS DE SERVICIO		RAMA DE SERVICIO			PRINCIPALES CONFLICTOS							
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFIERE NO REVELAR				<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"/> GUERRA MUNDIAL II <input type="checkbox"/> GUERRA EN AFGANISTÁN							
CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS				VETERANO DISCAPACITADO				LA VA RECONOCE LA DISCAPACIDAD						
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						

CAMBIOS 4 (Si no es aplicable, deje en blanco y siga a las firmas de abajo).

MARQUE UNO			NOMBRE LEGAL			FECHA DE NACIMIENTO	RELACION CON EL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA (CÓNYUGE, COMPAÑERO DOMÉSTICO†, HIJO, HIJA, OTRO†*)	ESTADO CIVIL			NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	¿Ha usado el adulto independiente (aplica a todos los dependientes mayores de 21 años) tabaco en promedio cuatro (4) o más veces por semana dentro de seis (6) meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	NÚMERO DE EXPEDIENTE MÉDICO DE GEISINGER	NOMBRE/LUGAR DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (CIUDAD)
AGREGAR	ELIMINAR	CAMBIO DE PLAN	APELLIDO	NOMBRE	INICIAL DEL 2º NOMBRE	MES/DÍA/AÑO		FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE DIVORCIO	OTRO CAMBIO DE ESTADO/ACONTECIMIENTO LEGAL CALIFICANTE				
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.														
SEXO ASIGNADO AL NACER		SEXO (LEGAL/ADMINISTRATIVO)			PRONOMBRES			IDIOMA PREFERIDO						
<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"/> PREFERE NO REVELAR			<input type="checkbox"/> ELLA <input type="checkbox"/> EL <input type="checkbox"/> ELLE <input type="checkbox"/> MI NOMBRE <input type="checkbox"/> PREFERE 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"/> LENGUA 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"/> YIDDISH, HOLANDES DE PENNSYLVANIA U OTROS IDIOMAS GERMÁNICOS OCCIDENTALES <input type="checkbox"/> OTRO: _____						
ETNIA		ORIENTACIÓN SEXUAL			IDENTIDAD DE GÉNERO					RAZA				
<input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NI HISPANO NI LATINO <input type="checkbox"/> PREFERE 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"/> PREFERE NO REVELAR			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> HOMBRE TRANSGÉNERO (MUJER A HOMBRE) <input type="checkbox"/> MUJER TRANSGÉNERO (HOMBRE A MUJER) <input type="checkbox"/> GENDERQUEER (NI EXCLUSIVAMENTE MASCULINO NI FEMENINO) <input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR					<input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO O NATIVO DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> DOS O MÁS RAZAS <input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR				
ESTADO DE VETERANO		AÑOS DE SERVICIO	RAMA DE SERVICIO					PRINCIPALES CONFLICTOS						
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PREFERE NO REVELAR			<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"/> GUERRA MUNDIAL II <input type="checkbox"/> GUERRA EN AFGANISTÁN						
CEREMONIA DE HONOR A VETERANOS					VETERANO DISCAPACITADO					VA RECONOCE DISCAPACIDAD				
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

† Se exigirá documentación que obligue al suscriptor/titular de la póliza o su cónyuge, si corresponde, a proporcionar cobertura de atención médica a los dependientes. Todos los dependientes deben cumplir los criterios de elegibilidad.

* Descripción de relación legal: _____

POR EL PRESENTE solicito la corrección de mi solicitud suscriptor/titular de la póliza. Autorizo a Geisinger Health Plan o Geisinger Quality Options, Inc. (en adelante "Plan médico") para que transmita electrónicamente la información del presente documento. Si la solicitud se tomó por teléfono o en la 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. Se acuerda mutuamente que (a) estos cambios no entrarán en vigor hasta que sean aceptados por el Plan médico, y (b) esta solicitud de cambio de la cobertura será parte de la solicitud original y, si se acepta, estará sujeta a los términos de la póliza vigente del Plan médico. Entiendo que si hago una declaración errónea importante en relación con la póliza, el Plan médico puede cancelar la póliza o rechazar los reclamos, siempre que descubra dicha declaración errónea importante en un plazo de tres (3) años desde la fecha de entrada en vigor de la póliza. En caso de que la aseguradora decida anular la póliza, el suscriptor/titular de la póliza perderá cualquier cargo pagado según el alcance de cualquier responsabilidad contraída por la aseguradora. Cualquier 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 que contenga información materialmente 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.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR/TITULAR DE LA PÓLIZA

FECHA DE FIRMA

ADMINISTRADOR DE BENEFICIOS DEL GRUPO/NOMBRE DEL GRUPO (si corresponde)

FECHA DE FIRMA

FIRMA DEL DEPENDIENTE ADULTO

FECHA DE FIRMA

FIRMA DEL DEPENDIENTE ADULTO

FECHA DE FIRMA

La discriminación es ilegal

Geisinger Health Plan y Geisinger Quality Options, Inc., y Geisinger Indemnity Insurance Company (en conjunto, denominados como 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:

- Da ayuda y servicios gratis a las personas que tienen discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficaz, 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 تتوفر 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).

සුභ්‍යා: 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).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-447-4000 (TTY: 711)។

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