

Formulario de inscripción (Enrollment Form)

¡Tan fácil como contar 1-2-3!

1. Por favor marque una casilla para mostrar que desea obtener atención médica para las personas de su familia.

AMG

MHC

TARIFA POR SERVICIO

CCC

UHC

CLÍNICA PCCM

CHPW

2. Escriba el nombre del doctor o de la clínica que le gustaría para cada persona. Todos los doctores y clínicas de la lista deben estar en el plan que usted elige. Llame a los doctores para saber si están afiliados al plan de salud.

Identificación del cliente	Nombre del cliente (Apellido, nombre, inicial intermedia)	¿Cómo calificaría la salud de esta persona?					¿Condiciones de salud especiales o retraso en el desarrollo?	
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Sí	No
Doctor o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctor o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctor o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctor o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctor o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctor o clínica:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Alguna de las personas mencionadas arriba está embarazada o va a ser operada?

Embarazada ID de cliente para miembro de la familia: _____ Fecha de parto: _____
 Doctor o clínica: _____

Programada para cirugía ID de cliente para miembro de la familia: _____ Fecha: _____

Firma _____ **Fecha** _____

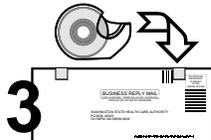
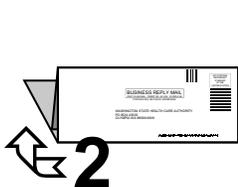
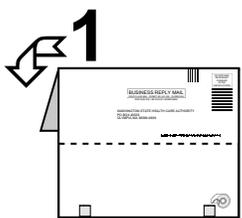
Elija UNA manera para informarnos sobre su elección.

- Inscribirse en línea: <https://www.WAProviderOne.org/client>
- Llamar al sistema automatizado en cualquier momento: 1-800-562-3022
- Llene, doble y devuelva con la dirección de Respuesta comercial en el exterior (no necesita estampilla)
- Llene y envíe por fax al: **1-866-668-1214**

Si tiene alguna pregunta llame al 1-800-562-3022, de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:00 p.m.

Los usuarios de TTY/TDD llaman al 711 o al 1-800-848-5429

Provider One Number



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 941-006 OLYMPIA WA
POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

WASHINGTON STATE HEALTH CARE AUTHORITY
PO BOX 45535
OLYMPIA WA 98599-9839

