

GROUP INFORMATION
INFORMACIÓN DEL GRUPO

Group Number/Número de Grupo _____ Effective Date/Fecha de Entrada en Vigencia _____
Subgroup/Subgrupo _____ Class/Clase _____

IDAHO SMALL EMPLOYER APPLICATION/SOLICITUD PARA EMPLEADORES PEQUEÑOS DE IDAHO FOR ENROLLMENT OUTSIDE OF THE IDAHO EXCHANGE/PARA INSCRIPCIÓN FUERA DE IDAHO EXCHANGE (MERCADO DE IDAHO)

Please type or print legibly in black ink and complete all applicable sections./Complete a máquina o en letra de imprenta legible con tinta negra todas las secciones que corresponda.

SECTION 1/SECCIÓN 1 EMPLOYER/EMPLOYMENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR Y EL EMPLEO

1. Name of Employer/Nombre del Empleador		2. Phone Number/Número de Teléfono ()	
3. Address/Domicilio	4. City/Ciudad	5. State/Estado	6. Zip Code/ Código Postal
7. Occupation/Ocupación	8. Hours Worked Per Week/ Horas Trabajadas por Semana	9. Date You Started Work (mm/dd/yyyy)/ Fecha de Inicio en el Trabajo (mm/dd/aaaa)	

SECTION 2/SECCIÓN 2 APPLICANT INFORMATION (Employee)/INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Empleado)

1. Legal First Name, Middle Name, Last Name (and suffix, if applicable)/Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Legal (y sufijo, si corresponde)			
2. Mailing Address (Street, Route, P.O. Box)/Domicilio Postal (Calle, Ruta, Casilla de Correo)			
3. City/ Ciudad	4. State/ Estado	5. Zip Code/ Código Postal	6. County/ Condado
7. Preferred Daytime Phone Number/ Número de Teléfono Diurno Preferido ()	8. Email Address/ Correo Electrónico		9. Date of Birth (mm/dd/yyyy) Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
10. Gender/ Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	11. Social Security Number (required)/ Número de Seguro Social (obligatorio)	12. Marital Status/Estado Civil <input type="checkbox"/> Single/ Soltero <input type="checkbox"/> Married/ Casado <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____	

If you wish to waive coverage for you and/or any dependents at this time, please complete Section 3 – Waiver of Coverage.
If you wish to enroll yourself and/or your dependents, please complete all sections except Section 3.

Si desea renunciar a la cobertura para usted y/o cualquiera de sus dependientes en este momento, complete la Sección 3, Renuncia a la Cobertura.
Si desea inscribirse usted y/o a sus dependientes, complete todas las secciones, salvo la Sección 3.

**SECTION 3/SECCIÓN 3 WAIVER OF COVERAGE (To be completed only if coverage is declined or refused by an eligible employee or dependents.)
RENUNCIA A LA COBERTURA (Para ser completada únicamente si un empleado elegible o sus dependientes renuncian o rechazan la cobertura).**

1. I decline coverage for:/ Renuncio a las siguientes coberturas:

Self (name)/ Propia (nombre) _____ Dependent (name)/ Dependiente (nombre) _____

Spouse (name)/ Cónyuge (nombre) _____ Dependent (name)/ Dependiente (nombre) _____

Dependent (name)/ Dependiente (nombre) _____ Dependent (name)/ Dependiente (nombre) _____

2. Reason for declining coverage (check all that apply):/Motivo de rechazo de la cobertura (marque todas las opciones que correspondan):

I and/or my dependents currently have other qualifying medical coverage with (name of carrier) _____
through: My other employer My spouse's employer Individual policy Medicare Medicaid Tricare Indian Health Services

OR Other reason for declining coverage (please explain): _____

Yo y/o mis dependientes tengo/tenemos otra cobertura médica calificada con (nombre de la aseguradora) _____
 a través de: Mi otro empleador El empleador de mi cónyuge Póliza individual Medicare Medicaid Tricare Servicios de
 Salud para Indígenas Estadounidenses Otra razón para rechazar la cobertura (especifique): _____

SIGNATURE TO WAIVE/ FIRMA PARA RENUNCIAR****

I have decided to waive coverage as indicated above. I have been given the opportunity to apply for group coverage by the employer. Should I decide to apply for this coverage in the future, I realize and agree any coverage may be subject to additional probationary waiting periods.

He decidido renunciar a la cobertura indicada arriba. El empleador me ha dado la oportunidad de solicitar la cobertura grupal. En caso de que decida solicitar esta cobertura en el futuro, reconozco y acepto que cualquier cobertura puede estar sujeta a otros periodos de espera de prueba.

**Signature/ Firma _____ Date (mm/dd/yyyy)/ Fecha (mm/dd/aaaa) _____
 (sign only if waiving coverage)/ (firme únicamente si renuncia a la cobertura)

Notice of enrollment rights: If you are declining enrollment for you or your dependents (including your spouse) because of other health insurance coverage, you may in the future be able to enroll yourself or your dependents in this plan, provided that you request enrollment within 30 days after your other coverage ends. In addition, if you have a new dependent as a result of a marriage, birth, adoption or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents, provided that you request enrollment within 60 days after the marriage, birth, adoption or placement for adoption.

Notificación de derechos de inscripción: Si rechaza su inscripción o la de sus dependientes (incluida la de su cónyuge) por otra cobertura de seguro de salud, en el futuro usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan, si usted solicita la inscripción dentro de los 30 días después de finalizada la otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como fruto de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted y sus dependientes podrán inscribirse si usted solicita la inscripción dentro de los 60 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

SECTION 4/SECCIÓN 4

**ENROLLMENT INFORMATION (check all that apply)
 INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN (marque todas las opciones que correspondan)**

- Are you:/ Usted: A new applicant/ Es un solicitante nuevo Adding dependents/ Está agregando dependientes
 Enrolling during your employer's open enrollment/ Se está inscribiendo durante la inscripción abierta de su empleador
- If you are enrolling **outside** of your employer's open enrollment or adding dependents, what is the reason?
 Si usted está inscribiendo o agregando dependientes **fuera** del periodo de inscripción abierta de su empleador, ¿cuál es el motivo?
 (documentation may be required)/ (se le podrá solicitar la documentación correspondiente)
 Marriage/ Matrimonio Divorce/ Divorcio Birth/ Nacimiento Adoption/ Adopción
 Involuntary loss of **employer** coverage/ Pérdida involuntaria de la cobertura del **empleador**
 Involuntary loss of **individual** coverage/ Pérdida involuntaria de la cobertura **individual**
 Involuntary loss of Medicaid/ Pérdida involuntaria de Medicaid
 Court order (copy of court order required)/ Orden judicial (es obligatorio presentar copia de la orden judicial) Other/ Otro _____
 Date of event (mm/dd/yyyy)/ Fecha del evento (mm/dd/aaaa) _____
- Type of enrollment:/ Tipo de inscripción:

	HEALTH/ SALUD	DENTAL/ DENTAL	VISION/ VISIÓN
Self Only/ Solo la propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self and spouse/ Propia y cónyuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self, spouse & dependents/ Propia, cónyuge y dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self & one dependent/ Propia y un dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Self & two or more dependents/ Propia y dos o más dependientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Current employment status:/ Situación laboral actual:
 Actively at work/ Trabaja activamente COBRA participant/ Participante de COBRA Disability/ Discapacidad Other/ Otro _____
- Requested effective date (Subject to approval): (mm/dd/yyyy)/ Fecha de entrada en vigencia solicitada (sujeta a aprobación): (mm/dd/aaaa) _____

**SECTION 5/
SECCIÓN 5**

DEPENDENT INFORMATION (List all eligible dependents you wish to enroll, including any child who is under the age of 26; or who is medically certified as disabled and dependent on parent for support (copy of certification required). If you have more dependents to include, make a copy of this page and attach.)

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE Enumere todos los dependientes elegibles que desee inscribir, incluidos todos los hijos menores de 26 años o aquellos que tengan certificación médica de discapacidad y dependan de los padres para su manutención (es obligatorio presentar copia de la certificación). Si tiene que incluir más dependientes, haga una copia de esta página y adjúntela.

Dependent 1/ Dependiente 1

1. Legal First Name, Middle Name, Last Name <i>(and suffix, if applicable)</i> Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Legal <i>(y sufijo, si corresponde)</i>		2. Relationship/ Parentesco <input type="checkbox"/> Legal spouse/ Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Child/ Hijo <input type="checkbox"/> Step-child/ Hijastro <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____
3. Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	4. Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i> Fecha de Nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	5. Social Security Number (required) Número de Seguro Social (obligatorio)
6. Does dependent 1 live at the same address as you?/ ¿El dependiente 1 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No		

Dependent 2/ Dependiente 2

1. Legal First Name, Middle Name, Last Name <i>(and suffix, if applicable)</i> Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Legal <i>(y sufijo, si corresponde)</i>		2. Relationship/ Parentesco <input type="checkbox"/> Legal spouse/ Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Child/ Hijo <input type="checkbox"/> Step-child/ Hijastro <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____
3. Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	4. Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i> Fecha de Nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	5. Social Security Number (required) Número de Seguro Social (obligatorio)
6. Does dependent 2 live at the same address as you?/ ¿El dependiente 2 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No		

Dependent 3/ Dependiente 3

1. Legal First Name, Middle Name, Last Name <i>(and suffix, if applicable)</i> Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Legal <i>(y sufijo, si corresponde)</i>		2. Relationship/ Parentesco <input type="checkbox"/> Legal spouse/ Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Child/ Hijo <input type="checkbox"/> Step-child/ Hijastro <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____
3. Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	4. Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i> Fecha de Nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	5. Social Security Number (required) Número de Seguro Social (obligatorio)
6. Does dependent 3 live at the same address as you?/ ¿El dependiente 3 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No		

Dependent 4/ Dependiente 4

1. Legal First Name, Middle Name, Last Name <i>(and suffix, if applicable)</i> Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Legal <i>(y sufijo, si corresponde)</i>		2. Relationship/ Parentesco <input type="checkbox"/> Legal spouse/ Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Child/ Hijo <input type="checkbox"/> Step-child/ Hijastro <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____
3. Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	4. Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i> Fecha de Nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	5. Social Security Number (required) Número de Seguro Social (obligatorio)
6. Does dependent 4 live at the same address as you?/ ¿El dependiente 4 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No		

Dependent 5/ Dependiente 5

1. Legal First Name, Middle Name, Last Name <i>(and suffix, if applicable)</i> Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Legal <i>(y sufijo, si corresponde)</i>		2. Relationship/ Parentesco <input type="checkbox"/> Legal spouse/ Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Child/ Hijo <input type="checkbox"/> Step-child/ Hijastro <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____
3. Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	4. Date of Birth <i>(mm/dd/yyyy)</i> Fecha de Nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i>	5. Social Security Number (required) Número de Seguro Social (obligatorio)
6. Does dependent 5 live at the same address as you?/ ¿El dependiente 5 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No		

Dependent 6/ Dependiente 6

1. Legal First Name, Middle Name, Last Name (<i>and suffix, if applicable</i>) Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido Legal (<i>y sufijo, si corresponde</i>)		2. Relationship/ Parentesco <input type="checkbox"/> Legal spouse/ Cónyuge legal <input type="checkbox"/> Child/ Hijo <input type="checkbox"/> Step-child/ Hijastro <input type="checkbox"/> Other/ Otro _____	
3. Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/ Masculino <input type="checkbox"/> Female/ Femenino	4. Date of Birth (<i>mm/dd/yyyy</i>) Fecha de Nacimiento (<i>mm/dd/aaaa</i>)	5. Social Security Number (required) Número de Seguro Social (obligatorio)	
6. Does dependent 6 live at the same address as you?/ ¿El dependiente 6 vive en el mismo domicilio que usted? <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No			

SECTION 6/ SECCIÓN 6

OTHER COVERAGE INFORMATION (*Please complete the section below if you have other coverage that will remain in effect. If you have more policies to include, make a copy of this page and attach.*)
OTRA INFORMACIÓN DE LA COBERTURA (*Complete la siguiente sección en caso de que tenga otra cobertura que seguirá en vigencia. Si tiene que incluir más pólizas, fotocopie esta página y adjúntela.*)

If coverage is provided for a dependent from a previous marriage or relationship, please attach a copy of the court documentation that shows who is responsible for the dependent(s)' health care insurance so that the insurance carrier can determine whose coverage is primary.
 Si la cobertura la proporciona para el dependiente de un matrimonio o relación anterior, adjunte una copia de la documentación judicial que demuestre quién es responsable por el seguro de salud de los dependientes para que la aseguradora de salud determine cuál es la cobertura principal.

Other Policy/ Otra Póliza

1. Other Insurance Carrier Information: Insurance Carrier Name, Policy Number, Phone Number Información de Otra Aseguradora: Nombre de la Aseguradora, Número de Póliza, Número de Teléfono			
2. Policy Holder Name/ Nombre del Titular de la Póliza		3. Names of Covered Members/ Nombre de los Miembros Cubiertos	
4. Types of Coverage/ Tipos de Cobertura (<i>check all that apply/ marque todas las opciones que correspondan</i>) <input type="checkbox"/> Group/ Grupo <input type="checkbox"/> Medical/ Médico <input type="checkbox"/> Individual/ Individual <input type="checkbox"/> Dental/ Dental <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Vision/ Visión	5. Coverage Start Date/ Fecha de Inicio de la Cobertura <i>mm/dd/yyyy</i> <i>mm/dd/aaaa</i>	6. Is this coverage terminating? ¿Está finalizando esta cobertura? <input type="checkbox"/> Yes (complete #7)/ Sí (complete el n.º 7) <input type="checkbox"/> No	7. Coverage End Date Fecha de Finalización de la Cobertura <i>mm/dd/yyyy</i> <i>mm/dd/aaaa</i>

SECTION 7/ SECCIÓN 7 OTHER INFORMATION/OTRA INFORMACIÓN

- Are you or any of your dependents listed on this application currently disabled?/ ¿Usted o alguno de los dependientes enumerados en esta solicitud están discapacitados? No Yes/ Sí
 Name of disabled person/ Nombre de la persona discapacitada _____
 Physician's name and phone/ Nombre del médico y número de teléfono _____
 Physician's address/ Domicilio del médico _____
 Date of disability/ Fecha de la discapacidad _____
 Nature of disability/ Naturaleza de la discapacidad _____
- Are you or any dependent listed on this application covered on Medicare or have received Social Security Disability or Worker's Compensation payments or are now eligible to receive such payments?/ ¿Usted o alguno de los dependientes enumerados en esta solicitud está cubierto por Medicare o ha recibido pagos del seguro social por discapacidad o una indemnización por accidente de trabajo o es elegible para recibir dichos pagos?
 NO YES/ SÍ
 If yes, give person's name, specific type and details:/ En caso afirmativo, enumere los nombres a continuación: _____

- Has any person listed on this application used a tobacco product on average four or more times a week within no longer than the past six months (anyone age 18 or older)?/ ¿Alguna de las personas enumeradas en esta solicitud ha consumido alguna vez un producto del tabaco cuatro o más veces por semana, en promedio, en un período no mayor a los últimos seis meses (cualquier persona de 18 años o más)?
 NO YES/ SÍ If yes, list names below:/ En caso afirmativo, enumere los nombres a continuación:

SECTION 8/ SECCIÓN 8**AFFIRMATION/ DECLARACIÓN**

I affirm the answers in this "Idaho Small Employer Application" are complete and correct. I am providing these answers as part of the application procedure required by this insurance carrier to enroll in its insurance coverage. I understand that the insurance carrier will rely on each answer in making its determination to extend coverage and to determine the type of coverage offered. I understand if I have made any misstatement or omission in this application, the insurance carrier may take any action available by law, including but not limited to, retroactive adjustment of premiums or claims. Further, I understand that any fraud or intentional misrepresentation of material fact on the part of the employer is cause for retroactive termination of coverage by the insurance carrier and/or other action available by law. I will promptly inform the insurance carrier in writing if anything happens before my coverage takes effect that makes an answer on this application incomplete or incorrect. Following receipt of a fully-executed application, coverage will be in force as of the effective date determined by the insurance carrier under applicable law.

Declaro que las respuestas de esta Solicitud para el Pequeño Empleador de Idaho son completas y correctas. Brindo estas respuestas como parte del procedimiento de la aseguradora para inscribirme en su cobertura de seguro. Entiendo que la aseguradora confiará en cada una de las respuestas para determinar la extensión de la cobertura y el tipo de cobertura. Entiendo que en el caso de haber realizado falsas declaraciones u omisiones en esta solicitud, la aseguradora podrá iniciar cualquier acción legal, por ejemplo, el ajuste retroactivo de las primas o reclamaciones. Además, entiendo que cualquier fraude o falsa declaración intencional de un hecho esencial por parte del empleador es motivo de rescisión retroactiva de la cobertura por parte de la aseguradora y/o el inicio de cualquier otra acción legal. Informaré de inmediato por escrito a la aseguradora en caso de que ocurra algún hecho antes de que comience la vigencia de mi cobertura que hiciera que cualquiera de las respuestas de esta solicitud resulte incompleta o incorrecta. Después de la debida recepción de la solicitud, la cobertura entrará en vigencia en la fecha que determine la aseguradora en virtud de la ley aplicable.

SECTION 9/ SECCIÓN 9**STATEMENT OF UNDERSTANDING/ DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO**

By signing this application, I represent that all my answers are complete and accurate and that I understand and agree to the following conditions:

- No independent producer, agent or employee of the insurance carrier, or of my employer, can change any part of this application or waive the requirement that I answer all questions completely and accurately.
- The insurance carrier may terminate or rescind an employer's group coverage for any intentional misrepresentation omission of fact by, concerning, or on behalf of any applicant by the employer that was or would have been material to the insurance carrier's acceptance of a risk, extension of coverage, provision of benefits or payment of any claim.
- As proof of status of employment, I authorize my employer to release to the insurance carrier appropriate documents, including but not limited to W-2 Wage and Tax Statements and other wage and tax summaries or forms.
- Coverage for me and any eligible persons named on this application will begin on the effective date pursuant to the terms of the plan/contract.
- I agree to abide by the terms of the group's master policy/member certificate, which sets forth all of the terms and conditions of my coverage. No agent or other person can change the terms of the master contract, any of its amendments, or this application, except with an amendment issued expressly for that purpose and signed by an authorized officer of the insurance carrier.
- I have reviewed all answers given on this application and, regardless of whether an independent producer or other person has filled out the answers for me, I verify that the answers are true and complete.

Al firmar esta solicitud, declaro que todas mis respuestas son completas y precisas y que entiendo y acepto las siguientes condiciones:

- Ningún productor independiente, representante o empleado de la aseguradora puede cambiar ninguna parte de esta solicitud ni dispensar el requisito de que yo responda todas las preguntas de manera completa y precisa.
- La aseguradora puede finalizar o rescindir la cobertura grupal del empleador por cualquier omisión indebida intencional realizada por el empleador relacionada con o en nombre de cualquier solicitante que fuese o hubiese sido esencial para la aceptación del riesgo, la extensión de la cobertura, la provisión de beneficios o pagos de cualquier reclamación por parte de la aseguradora.
- Como prueba de la relación laboral, autorizo a mi empleador a revelar a la aseguradora la documentación correspondiente, por ejemplo, el formulario W-2 Informe de Salarios y Declaración de Impuestos y otros resúmenes o formularios de sueldos e impuestos.
- La cobertura para mí y para cualquier persona elegible enumerada en esta solicitud comenzará en la fecha de entrada en vigencia de acuerdo con los términos del plan/contrato.
- Acepto cumplir los términos del certificado de la póliza principal/miembro grupal, que establece todos los términos y condiciones de mi cobertura. Ningún agente ni otra persona puede cambiar los términos del contrato principal, de ninguna de sus modificaciones ni de esta solicitud, salvo que sea una modificación expresamente emitida para ese propósito y que esté firmada por un funcionario autorizado de la aseguradora.
- He revisado todas las respuestas provistas en esta solicitud y, sin perjuicio de que un productor independiente u otra persona hayan completado las respuestas por mí, yo he verificado que las respuestas son verdaderas y completas.

I acknowledge and understand my health plan may request or disclose health information about me or my dependents (persons who are eligible for benefits coverage and are listed on the enrollment form) for the purpose of facilitating health care treatment, payment or for the purpose of business operations necessary to administer health care benefits; or as required by law.

Health information requested or disclosed may be related to treatment or services performed by:

- A physician, dentist, pharmacist or other physical or behavioral health care practitioner;
- A clinic, hospital, long-term care or other medical facility;
- Any other institution providing care, treatment, consultation, pharmaceuticals or supplies or;
- An insurance carrier or group health plan.

Health information requested or disclosed may include, but is not limited to: claims records, correspondence, medical records, billing statements, diagnostic imaging reports, laboratory reports, dental records, or hospital records (including nursing records and progress notes).

This acknowledgment does not apply to obtaining information regarding psychotherapy notes. A separate authorization will be used for psychotherapy notes.

Reconozco y entiendo que mi plan de salud podría solicitar o divulgar información de salud sobre mí o mis dependientes (personas elegibles para los beneficios de la cobertura que están enumeradas en el formulario de inscripción) para facilitar el tratamiento de atención de la salud, los pagos o para los fines de las operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención de la salud; o según lo estipula la ley.

La información de salud que se solicite o se divulgue podría estar relacionada con el tratamiento o los servicios prestados por:

- un médico, dentista, farmacéutico u otro profesional del cuidado de la salud física o conductual;
- una clínica, hospital, institución de atención prolongada u otra institución médica;
- cualquier otra institución que brinde atención, tratamiento, asesoramiento, fármacos, suministros; o
- una aseguradora o plan de salud grupal.

Ejemplos de información de salud que se solicite o divulgue: archivos de reclamaciones, correspondencia, historias clínicas, estados de cuenta, informes de diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros dentales o historias clínicas de hospitales (incluidos informes de enfermería y notas de evolución).

Este reconocimiento no se aplica a la obtención de información relacionada con notas de psicoterapia. Se utilizará una autorización por separado para las notas de psicoterapia.

Signature of Employee/ Firma del Empleado _____ Date (mm/dd/yyyy) / Fecha (mm/dd/aaaa) _____

Signature of Spouse/ Firma del Cónyuge _____ Date (mm/dd/yyyy) / Fecha (mm/dd/aaaa) _____
(if applying for coverage/ en caso de solicitar cobertura)