



Tamaño del grupo, de 2 a 14 (empleados inscritos en el seguro médico)

Nombre del empleado:	Nombre del empleador:
----------------------	-----------------------

Proporcione la siguiente información sobre usted Y todos sus dependientes que califiquen, incluidos su cónyuge o pareja de hecho que se vaya a inscribir.

Nombre	Sexo	Relación
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Empleado
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre usted Y todos los dependientes que califiquen, incluyendo su cónyuge o pareja de hecho que se vaya a inscribir.

1. ¿Alguien está recluido en casa, discapacitado, confinado en una instalación de tratamiento o no puede mantenerse a sí mismo debido a una discapacidad física o mental? SÍ NO

2. ¿Alguien ha recibido tratamiento para una enfermedad grave, fue hospitalizado u operado en los últimos 5 años, está hospitalizado actualmente o se le ha aconsejado que es necesario someterse a un tratamiento, análisis de diagnóstico, cirugía u hospitalización? SÍ NO

En caso afirmativo, explicar la razón: _____

3. ¿Alguien está actualmente en tratamiento o se le ha aconsejado obtener tratamiento o asesoramiento para cáncer, enfermedades cardíacas, dolor del pecho, accidente cerebrovascular, alta presión sanguínea, enfermedades hepáticas, tumor del cerebro, defectos de nacimiento, trasplantes, trastornos renales, trastornos del sistema nervioso, diabetes, SIDA, complejo relacionado con el SIDA, enfermedades respiratorias crónicas, alcoholismo, farmacodependencia, enfermedades mentales u otras enfermedades graves? SÍ NO
SÍ LA RESPUESTA ES QUE "SÍ", CIRCULE LA CONDICIÓN.

4. ¿Alguien está embarazada actualmente? SÍ NO
Sí la respuesta es que "sí", ¿cuál es la fecha del parto?: _____

La ley de California prohíbe que los planes de servicios de atención médica requieran o utilicen una prueba de VIH como condición de la obtención de cobertura.

En la Notificación de Prácticas de Privacidad del Programa CaliforniaChoice®* encontrará información más detallada acerca de la manera en que el Programa CaliforniaChoice® y el plan de salud que he escogido podrán usar y revelar mi información médica protegida. Tengo el derecho legal de revisar la presente Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento y se me invita a leerlo completamente. Tengo el derecho a solicitar restricciones en la manera en que se utilice y revele mi información médica protegida. Legalmente no se requiere que el Programa CaliforniaChoice® y mi plan de salud accedan a mi solicitud; no obstante, si se me concede la solicitud, el Programa CaliforniaChoice® y mi plan de salud están obligados a respetarla basándose en su convenio. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta el grado en que el Programa CaliforniaChoice® o mi plan de salud ya hayan usado o revelado mi información médica protegida basándose en mi consentimiento.

Empleado: FIRME AQUÍ	Fecha:

*Véase al dorso la Declaración de Privacidad.

PRIVACIDAD DE INSCRIPCIÓN

CaliforniaChoice® se complace en proporcionar a nuestros clientes productos y servicios de calidad para prestaciones de empleados. Mantener su información personal segura y proteger su derecho a la privacidad son cosas importantes para usted y constituyen una de nuestras principales prioridades.

Esta declaración hace referencia a la información que solicitamos a nuestros clientes. También se indica en ella la manera en que salvaguardamos la información personal y protegemos el derecho a la privacidad de nuestros clientes y ex clientes.

Nuestro compromiso hacia la privacidad de usted

CaliforniaChoice® salvaguardará su información personal y protegerá el derecho a la privacidad de nuestros clientes de conformidad con las leyes estatales y federales. Cumpliremos lo anterior de un modo razonable y acorde con prácticas comerciales apropiadas.

Protección de la información médica de usted

No compartimos su información médica personal (por ejemplo, cuestionarios médicos) excepto cuando resulta necesario para realizar revisiones de seguros en el momento de la inscripción inicial de su empleador en CaliforniaChoice® o si un empleador solicita una revisión de seguros durante una renovación posterior. En ciertas circunstancias, podremos compartir su información médica personal si lo permite o lo requiere la ley.

CaliforniaChoice® se ha comprometido a proteger la confidencialidad y seguridad de su información médica personal. Contamos con procedimientos de seguridad físicos, electrónicos y de procesos que restringen el acceso no autorizado a su información médica personal. Estos procedimientos de seguridad incluyen archivos bloqueados y medidas de seguridad de sistemas de información tales como contraseñas, cifrado de datos o tecnología cortafuegos.

Los empleados de CaliforniaChoice® están obligados a cumplir con nuestras normas y procedimientos para proteger la confidencialidad de su información médica personal. Todo empleado que incumpla nuestra normativa de privacidad está sujeto a un proceso disciplinario. El acceso de los empleados a información privada se limita a la necesidad de conocerla por cuestiones de negocios, por ejemplo, en caso de revisiones de seguros o análisis estadísticos anónimos.

Información referente a nuestros clientes

CaliforniaChoice® recibe información acerca de usted con el fin de proporcionar servicio al cliente, ofrecer nuevos productos o servicios, administrar nuestros productos y cumplir con otros requisitos legales y reglamentarios. Usted podrá tener acceso a esta información y revisar, enmendar, corregir o copiar esta información si así nos lo exige la ley estatal. Los métodos que utilizamos para proteger esta información son similares a los descritos más arriba para proteger su información médica.

La información que recibimos podrá variar según el producto; por consiguiente, los ejemplos que figuran a continuación podrán aplicarse a todos los clientes, aunque su objetivo es mostrar las categorías generales de información que CaliforniaChoice® podría recibir y mantener:

- Información que usted proporcione en solicitudes, formularios, encuestas y en nuestros sitios Web, tales como su nombre, dirección, fecha de nacimiento, número del Seguro Social, sexo, estado civil y dependientes.
- Información proporcionada por su empleador.
- Información acerca de sus transacciones y experiencias con los planes de salud que participan en CaliforniaChoice®, y con nosotros, tales como productos o servicios adquiridos, saldos de cuenta, historial de pagos, cobertura de la póliza y primas.
- Información de proveedores de servicios médicos u otras terceras partes, tales como historial de crédito, información médica e información demográfica.

Información compartida dentro del grupo de compañías de CaliforniaChoice®

Aunque entendemos la importancia de proteger su información personal, será necesario compartir cierta información durante el curso normal de nuestras actividades comerciales. Podremos divulgar, en la medida en que lo permita la ley, la información personal que recibamos acerca de usted, según lo descrito más arriba, dentro del grupo de compañías de CaliforniaChoice®.

Información compartida con terceras partes

Podremos divulgar la información personal (no su información médica personal) que recibamos, según lo descrito más arriba, a los siguientes tipos de terceras partes:

- Otras terceras partes, según lo permita o lo requiera la ley, tal como para el cumplimiento de una orden de citación judicial, prevención de fraudes o solicitudes de información de parte de agencias reglamentarias estatales o federales.
- Compañías de servicios financieros con las que mantengamos acuerdos, tales como compañías de seguros, agentes o corredores de seguros, administradores y proveedores de servicios.
- Otras compañías, para ayudarles a comercializar sus productos o servicios, a menos de que usted solicite lo contrario.

Mantenemos contratos por escrito con terceras partes para procurar garantizar que la información personal que compartimos sobre nuestros clientes se utilice con fines comerciales legítimos.

Revisión y enmienda de la información recopilada

Si desea revisar y/o enmendar información que hayamos recopilado sobre usted, llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente al 800-558-8003. Las solicitudes de enmienda de información deben realizarse por escrito y enviarse por correo postal a:

CHOICE Administrators®
ATTN: Customer Service Center
721 South Parker, Suite 200
Orange, CA 92868

Si lo prefiere, envíe un correo electrónico a: customerservice@calchoice.com

La opción de privacidad de usted

CaliforniaChoice® lo valora como cliente, y se ha comprometido a ofrecerle productos y servicios que le ayuden a sentirse más sano y seguro. Nuestro objetivo es utilizar siempre su información de una manera responsable. Sin embargo, si usted no desea que CaliforniaChoice® comparta su información con terceras partes, podrá llamar a nuestro departamento de Servicios al Cliente, al (800) 558-8003, durante horas hábiles normales para “deshabilitar esta opción”. Cumpliremos su solicitud con sumo agrado. Esta opción no se aplica cuando se comparte información (incluida la información médica) que sea necesaria para la cobertura de seguros o que esté permitida por la ley. Si existe algún requisito legal estatal que prohíba compartir su información sin contar con su permiso por escrito, CaliforniaChoice® cumplirá con tales requisitos. Las solicitudes de “deshabilitación de esta opción” de parte de un suscriptor se aplicarán a aquellos dependientes de un suscriptor que también estén cubiertos por el plan o póliza. Por favor, permita que transcurra un plazo razonable para el procesamiento de su solicitud.