



Use este formulario para inscribirse o cambiar de plan. Para ayuda llame al 1-800-430-3003.

Escriba en letra de imprenta. Llene los óvalos  para indicar su elección.

1) Nombre de la cabeza de familia (Nombre)  2) Apellido

3) Dirección de su casa (Número de la casa, nombre de la calle, número de apartamento)

4) Ciudad  5) Código postal  6) Código de área y número de teléfono

7) Dirección de correo electrónico

**Elija un plan y un socio de plan de la lista a continuación.  
Consulte el directorio de proveedores para los códigos de los médicos/clínicas.**

8) Nombre del solicitante (Nombre)  9) Apellido

10) Sexo  Masculino  Femenino 11) Fecha de parto (si está embarazada)  12) Año de nacimiento  13) Número de seguro social

14) Deseo **INSCRIBIRME** o **cambiar mi plan a:**

- 300 Alameda Alliance For Health
- KA KP Cal, LLC
- 340 Anthem Blue Cross Partnrshp
- 000 Regular MediCal (FFS)

15) Código del médico/clínica  Uso Interno

16) Llene el óvalo junto a la razón por la que quiere cambiar de plan.

- No pude elegir al médico que quería
- El plan no satisfacía mis necesidades
- El médico no satisfacía mis necesidades
- Demasiado lejos
- Yo no elegí este plan
- Me mudo fuera del condado
- Exención por el programa de salud indígena (Indian Health)
- Exención de un plan
- Otro

**Aviso:** Leí la descripción del plan. Entiendo que Kaiser exige el uso de arbitraje neutral vinculante para resolver ciertas controversias. Esto incluye controversias acerca de si el tratamiento médico proporcionado fue el adecuado (llamado negligencia médica) y otras controversias en relación con los beneficios o entrega de servicios. Si elijo Kaiser, renuncio a mi derecho a juicio por jurado o proceso judicial para tales controversias. También acepto el uso de arbitraje neutral vinculante para resolver tales controversias. No renuncio a mi derecho a una audiencia del Estado para cualquier asunto que esté sujeto al proceso de audiencias del Estado.

**Declaración de selección:** He/hemos realizado nuestra selección por escrito para recibir beneficios de Medi-Cal a través de los planes que he/hemos indicado en este formulario. He/hemos leído y comprendido las condiciones de este acuerdo. Entiendo/entendemos que para cambiar mi/nuestro plan actual de Medi-Cal tengo (tenemos) que completar este formulario.



Firma de la Cabeza de familia o representante autorizado

Fecha

**Estrictamente confidencial**

**Utilice el ejemplo siguiente cuando llene el formulario:**  
POR FAVOR ESCRIBA TODO CON LETRAS MAYÚSCULAS.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	,	A	B	C	D	E	F	G	H
I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	-

#### Declaración de privacidad

Department of Health Care Services conservará la información que usted proporciona. Esta se utiliza únicamente para inscribir y/o cancelar la inscripción de las personas que son elegibles para Medi-Cal Managed Care. Las leyes que así lo permiten están contenidas en Welfare and Institutions Code, Section 10416.5, 14016.6, 14087.305, 14087.31, 14087.35, 14087.36, 14087.38, 14087.96, 14088, 14089, 14089.5, y 14631, así como en California Code of Regulations, Section 51085.5. Si falta alguna información solicitada en el formulario de elección, es posible que alguien mencionado en el formulario no pueda inscribirse, salirse o cambiarse del plan de salud que desee.

Solo las agencias gubernamentales que están relacionadas con el programa Medi-Cal pueden ver la información que usted proporciona. Las personas que aparecen en el formulario pueden ver los archivos que Medi-Cal guarda de ellos. Sin embargo, no puede ser vista ninguna información que esté siendo usada en una investigación o juicio. Si desea ver su archivo de Medi-Cal, comuníquese con el Department of Health Care Services a la dirección que aparece al reverso de este formulario.