



Departamento de Salud y Higiene Mental de Maryland

FORMA DE INSCRIBIMIENTO FORMA DEL DERECHO ANUAL PARA CAMBIOS

Inscríbase completando esta forma y la forma de los servicios de salud. Por favor échelas al correo lo más pronto possible en el sobre que aparece en el paquete a *HealthChoice*, P.O. Box 17008, Baltimore, MD 21203-7008.

Para inscribirse por via teléfono llame *HealthChoice* al **1-800-977-7388**. Antes de llamar tenga sus números de asistencia médica, y sus contestaciones para los servicios de salud necesarios.

Para inscribirse por correo, complete la siguiente información para usted como jefe de familia, y para cada miembro de la familia que es elegible.

Información sobre usted y sus miembros de familia	Jefe de familia	1 Miembro de familia	2 Miembro de familia	3 Miembro de Ffmilia**
Por favor escriba nombres				
Por favor escriba número de Seguro Social				
Por favor escriba numeros de Asistencia Médica				
Por favor escriba su fecha de nacimiento				
2. Información sobre su decisión				
Doctor o clinica que quieres				
Dirección del doctor				
Nombre del MCO que quieres				
3. Información sobre algun otro seguro médico				
¿Usted o algun miembro de la familia tiene otra clase de seguro médico, or Medicare? Si contesta sí, por favor el nombre de la compañía del seguro.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Información del idioma	6. En caso de emergencia llame			
Idioma en el hogar (marque uno) ingles español vietnemeso frances otro _____	Nombre: _____ Apellido: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Número de teléfono: () - Relación: _____			
5. DSS Información de su trabajador social				
Nombre: _____ Apellido: _____ Oficina: _____ Número de teléfono: () - _____				

Si usted tiene una nueva dirección, o un número de teléfono, por favor escríbalo aquí:

Firma _____

Fecha _____

Con mi firma confirmo que he leído y entiendo la información en la parte de atras de esta forma.

** Si usted necesita más espacio para otros miembros de la familia, por favor llame a la linea de *HealthChoice* al 1-800-977-7388

Copia blanca: Regrese a *HealthChoice*
Copia Rosa: Copia suya

