

Nombre: _____

Identificación del estudiante: _____

Use este formulario para:

1. Inscribirse durante el Período de inscripción abierta de su universidad (sólo si no tiene acceso a la inscripción a través de Internet en **studentnet.org**, o si el administrador de su universidad le indicó que lo usara).
2. Inscribirse durante el período de adición y cancelación tardía de asignaturas, cuando no está disponible la inscripción a través de Internet.
3. Hacer cambios en cualquier momento durante el año académico para:
 - Cancelar la cobertura, si lo llaman para el servicio militar activo.
 - Agregar o actualizar información sobre su(s) dependiente(s).
 - Actualizar información de contactos.
 - Inscribirse a mitad de año, si ha perdido la cobertura con otra aseguradora (según se especifica en el folleto *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*).

Si tiene Medicare Parte A o B, no califica para inscribirse en el Plan de Salud para Estudiantes. Por favor visite el sitio **kp.org** (en inglés con información en español) y seleccione el plan más adecuado para usted.

Lineamientos e instrucciones generales:

1. Por favor use letra de imprenta legible y tinta negra.
2. El administrador de la universidad es responsable de llenar la sección llamada "El administrador de la universidad debe llenar esta parte" y de confirmar que toda la información que usted proporciona sea correcta, en especial las fechas de vigencia, ya que éstas afectan los pagos del Plan de Salud para Estudiantes.
3. Llene las secciones B, C (si inscribe dependientes), D, E y F. Si desea modificar la información, por favor recuerde también marcar la casilla que corresponde en la Sección A (cualquier cambio a la información de las cuentas, incluidas las fechas de vigencia, se harán conforme a los acuerdos contractuales de la universidad con Kaiser Foundation Health Plan, Inc.).
4. Una vez que llena el formulario (incluida la sección que debe llenar el administrador de la universidad), haga una copia para sus archivos y úsela como tarjeta de identificación provisoria de Kaiser Permanente después de la fecha de vigencia y hasta que reciba por correo la tarjeta de identificación definitiva y la información sobre el plan.
5. Firme y escriba la fecha en las Secciones E y F en la parte inferior del formulario.
6. Entregue el formulario completo al administrador de la universidad.

Nombre: _____

Identificación del estudiante: _____

TO BE COMPLETED BY SCHOOL ADMINISTRATOR

School Name _____

Customer ID Number _____

Enrollment unit _____

Effective Date (mm/dd/yyyy) _____

A. CAMBIAR INFORMACIÓN (Obligatorio si modifica la información.)

Marque las opciones que correspondan:

- Cancelar la cobertura por servicio activo en el servicio militar Fecha de movilización _____
- Agregar o actualizar información sobre su(s) dependiente(s) a mitad del período. Escriba la información del dependiente en la Sección C.
- Actualizar su información de contacto a mitad del período. Escriba la información nueva en la Sección B.
- Agregar cobertura a mitad del período debido a la pérdida de cobertura con otra aseguradora. Llene las secciones B, C (si inscribe dependientes), D, E y F.

B. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

 Plan de Salud (marque una opción) HMO HMO con deducibles HMO con cobertura adicional

 ¿Ha sido alguna vez miembro de Kaiser Permanente? (sólo para miembros nuevos) Sí No

Número de historia clínica (si lo sabe) _____

Número de identificación del estudiante _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

 Sexo M F

Nombre (apellido, nombre, inicial del seg. nombre) _____

Dirección _____

Depto. n.º _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Indique la dirección del lugar en que reside mientras asiste a la universidad (si la sabe). Se le enviará por correo a esta dirección su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y otra información importante del Plan de Salud.

Teléfono celular _____

Teléfono del hogar _____

Dirección de correo electrónico _____

Idioma preferido _____

Etnia _____

C. DEPENDIENTES

Para inscribir a un dependiente, debe indicar qué información debe modificarse en la cuenta y llenar todos los campos. Nosotros verificaremos si los dependientes reúnen los requisitos durante el proceso de inscripción. Asegúrese de incluir cualquier apellido anterior de su cónyuge o pareja de hecho. Indique también la relación correspondiente. Debe marcar la relación del estudiante sólo si el dependiente reúne los requisitos como "dependiente mayor de edad" que asiste a la escuela. Por favor comuníquese con el administrador de la universidad para obtener información sobre las normas para estudiantes dependientes mayores de edad. Es posible que deba presentar un formulario de Certificación de Estudiante (Student Certification) completo.

Para agregar dependientes adicionales, adjunte una hoja y escriba su nombre en la parte superior (apellido, nombre, inicial del seg. nombre).

 Agregar Quitar Cónyuge Pareja de hecho Sexo M F Número de Seguro Social _____

Nombre del cónyuge o pareja de hecho _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Apellido anterior (si corresponde) _____ Número de historia clínica (si lo sabe) _____

 Agregar Quitar Niño Estudiante Sexo M F Número de Seguro Social _____

Nombre del dependiente _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Relación _____ Número de historia clínica (si lo sabe) _____

 Agregar Quitar Niño Estudiante Sexo M F Número de Seguro Social _____

Nombre del dependiente _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Relación _____ Número de historia clínica (si lo sabe) _____

 Agregar Quitar Niño Estudiante Sexo M F Número de Seguro Social _____

Nombre del dependiente _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

Relación _____ Número de historia clínica (si lo sabe) _____

EL ESTUDIANTE DEBE LLENAR ESTA PARTE

Nombre: _____

Identificación del estudiante: _____

C. DEPENDIENTES (continuación)

¿Vive alguno de los dependientes mencionados arriba en otro domicilio? Sí No Si responde Sí, llene la siguiente sección:
 Por favor use el siguiente espacio si necesita agregar un dependiente adicional que vive en otra dirección. Si tiene más de un dependiente adicional, por favor adjunte otra hoja y escriba en la parte superior su nombre (apellido, nombre, inicial del seg. nombre) y los de los dependientes (apellido, nombre, inicial del seg. nombre).

Nombre (apellido, nombre, inicial del seg. nombre) _____ Dirección _____

D. ACEPTACIÓN DE COBERTURA (obligatorio)

Antes de marcar la casilla en esta sección, visite studentnet.kp.org (en inglés) y asegúrese de leer la información de su universidad sobre las tarifas, las fechas de cobertura y la fecha de suspensión (si corresponde).

 Si marca esta casilla, usted acepta recibir cobertura desde el comienzo del período escolar actual hasta el final del año académico.

También acepta que ha visitado el sitio StudentNet (studentnet.kp.org) para leer la información de la universidad sobre las fechas de cobertura, las tarifas y las fechas de suspensión (si corresponden). La cobertura estará vigente hasta el final del año académico, a menos que usted renuncie a ella, que no pague las primas o que la cancele. Debe volver a inscribirse en el Plan de Salud para Estudiantes una vez por año académico.

E. AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. a divulgar a un representante autorizado de la universidad información sobre mi inscripción, la cancelación de la afiliación y el pago de las primas del Plan de Salud para Estudiantes. La universidad puede usar esta información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) sólo para verificar:

- (i) Mi inscripción o la cancelación de mi membresía en el Plan de Salud para Estudiantes; y
- (ii) El pago de las primas para el Plan de Salud para Estudiantes.

Entiendo que mi posibilidad de participar en el Plan de Salud para Estudiantes se basa en parte en la verificación que hace la universidad de mi condición de estudiante inscrito que reúne los requisitos para inscribirse en el Plan de Salud para Estudiantes, y que un requisito para calificar es proporcionar la autorización anterior. Si no proporciono esta autorización, entiendo que no podré inscribirme en el Plan de Salud para Estudiantes.

DURACIÓN: La autorización anterior entrará en vigencia inmediatamente y será válida por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique aquí una fecha diferente: _____

REVOCACIÓN: Tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. La revocación escrita entrará en vigencia desde el momento en que se solicita, pero no afectará la información que ya haya divulgado la parte que la revela u otros que actúen de conformidad con esta autorización antes de la revocación.

NUEVA DIVULGACIÓN: Entiendo que quien recibe mi PHI no podrá utilizarla ni divulgarla legalmente a menos que:

- (i) Obtenga otra autorización de mi parte, o
- (ii) El uso o divulgación sea específicamente obligatorio o permitido por la ley.

No obstante, entiendo que la información médica protegida (PHI) que se divulga de conformidad con esta autorización puede volver a divulgarse posteriormente y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996).

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

Firma _____

Si el formulario lo firmará otra persona que no es el individuo (estudiante) cuya información se divulgará, quien firma debe proporcionar toda la información que se solicita a continuación.

 Tengo permiso para firmar esta autorización en nombre del estudiante o suscriptor.

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____

Firma _____ Relación _____

F. ACUERDO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC. Y KAISER PERMANENTE INSURANCE COMPANY (se requiere firma y fecha)

Entiendo que (con excepción de los casos del tribunal para reclamos de menor cuantía, los reclamos sujetos a un proceso de apelación de Medicare y, si estoy inscrito en un grupo que está sujeto a las regulaciones de ERISA [Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados], ciertas disputas relacionadas con beneficios), cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas (por un lado) y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC), sus proveedores de atención médica contratados, administradores o partes asociadas (por otro lado) por la supuesta violación de cualquier deber que se presente o esté relacionado con su calidad de miembro de KFHP o su cobertura de KPIC, incluido cualquier reclamo por negligencia médica o del hospital (un reclamo que indica que un servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de las instalaciones, o asociados a la cobertura o prestación de servicios o artículos, sin tomar en cuenta la teoría legal, deben decidirse a través de un arbitraje sin derecho a apelación, bajo la ley de California y no por medio de una demanda o recurriendo a un proceso judicial, excepto cuando la ley aplicable proporcione una revisión judicial de la actuación arbitral. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y accedo al uso del arbitraje sin derecho a apelación. Entiendo que el *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* y el *Acuerdo de Membresía* incluyen todas las disposiciones del arbitraje.

Firma requerida _____ Fecha _____

Al firmar este Formulario de cambio/inscripción del Plan de Salud de Kaiser Permanente para Estudiantes en la Sección F, acepto que he visitado el sitio StudentNet (studentnet.kp.org) y que he revisado y entiendo las tarifas y las fechas de cobertura (y la información de la fecha de suspensión, si corresponde) del Plan de Salud para Estudiantes de mi universidad.

EL ESTUDIANTE DEBE LLENAR ESTA PARTE