

Complete esta forma después de haber escogido un plan de salud y un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para cada persona en la lista de abajo. Siga los siguientes pasos:

- **Primero** escriba el número de ID del plan de salud que usted haya escogido para cada persona listado abajo en la caja de Número de ID del Plan de Salud. Los números de ID para los planes de salud son:  
Illinois Health Connect – 01   Harmony Health Plan – 02   Family Health Network – 03
- **Segundo** escriba el número de ID del Proveedor de Cuidado Primario (PCP) que desea en la columna designada “Número de ID del Proveedor (PCP)”. Usted puede encontrar este número de ID del Proveedor llamándonos al 1-877-912-8880, si usted utiliza TTY, llámenos al 1-866-565-8576. La llamada es gratis. También puede encontrar el número en línea en el sitio [www.illinoisceb.com](http://www.illinoisceb.com), haga clic en “Pick a Provider”.
- **Tercero** complete las preguntas de abajo relacionadas a su salud.
- **Firme y Ponga la Fecha** en la forma.
- **Envíenos** la forma usando el sobre proporcionado en este paquete.
- Si usted quiere inscribirse por teléfono, o tiene preguntas, llámenos al 1-877-912-8880, si usted utiliza TTY, llámenos al 1-866-565-8576. La llamada es gratis.

Números de ID de los Planes de Salud: Illinois Health Connect – 01   Harmony Health Plan – 02   Family Health Network – 03

NOMBRE	NÚMERO DE ID DE HFS	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE ID DEL PLAN DE SALUD	NÚMERO DE ID DEL PROVEEDOR (PCP)
Sample	Sample	Sample	_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
	SAMPLE		_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____

Por favor conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas le ayudarán a su PCP a proveerle un mejor cuidado médico a usted y su familia. Las respuestas que usted nos proporciona no afectarán su inscripción.

1. ¿Alguien en la lista de arriba está embarazada? Si aplica, por favor escriba su nombre y fecha de dar a luz.  
 \_\_\_\_\_
2. ¿Alguien en la lista de arriba tiene asma, diabetes o alguna otra enfermedad crónica? Si aplica, por favor escriba su nombre, la enfermedad y el nombre del doctor cual lo atiende.  
 \_\_\_\_\_
3. ¿Alguien en la lista de arriba ve a un especialista para cuidado de largo plazo? Si aplica, por favor escriba su nombre y el nombre del especialista quien lo atiende.  
 \_\_\_\_\_

Por favor marque la caja abajo si usted ha recibido asistencia en completar esta forma.

- Yo fui asistido en completar esta forma. \_\_\_\_\_  
 Nombre, título e ID de la persona que le asistió en completar esta forma.
- Yo fui educado sobre mis opciones de salud. \_\_\_\_\_  
 Mi número de teléfono  
 \_\_\_\_\_  
 Mi dirección  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal

Yo he escogido los planes de salud y Proveedores de Cuidado Primario para cada miembro de la familia listados arriba.

\_\_\_\_\_  
 Mi Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha