

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE MANEJO DE SALUD DE PINNACLE

### INFORMACION DEL MIEMBRO

Nombre:				
Teléfono:	Teléfono alternativo:	Mejor hora para llamarle:	AM	PM
Dirección actual:				
Ciudad:		Estado	Código postal:	
Empleador:	Identificación de plan de Salud (HPID)*:	Fecha de nacimiento:	M	F

Su número de HIPD se encuentra en su tarjeta de identificación médica

### INFORMACION DEL MEDICO

Nombre del médico o grupo médico:	Número de teléfono del médico:
Especialista:	Número de teléfono del especialista:

### INFORMACION DE SALUD

Estatura del miembro:	Peso del miembro:	Último nivel de azúcar en la sangre:	Últimos resultados de la presión arterial:
-----------------------	-------------------	--------------------------------------	--

CONDICIONES DE SALUD CON LAS QUE NECESITO AYUDA	AYUDA QUE PUEDO USAR PARA MI CONDICIÓN(ES)
<b>Condición de Salud</b> (Marque las que apliquen)	<b>Asistencia</b> (Marque las que apliquen)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Aprender sobre los riesgos de complicaciones de mi condición(es) médica(s)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Educación e información sobre mi condición(es) médica(s)
<input type="checkbox"/> Alta presión arterial	<input type="checkbox"/> Ayuda para hacerme pruebas de laboratorio o para obtener recetas
<input type="checkbox"/> Alto colesterol	<input type="checkbox"/> Ayuda para obtener exámenes médicos necesarios de mi médico
<input type="checkbox"/> Otros problemas médicos:	<input type="checkbox"/> Ayuda para hacer citas con el médico
	<input type="checkbox"/> Problemas de transporte
	<input type="checkbox"/> Cualquier otra cosa

Entiendo que esta autorización es voluntaria y representa mis intenciones personales y que la ley Federal permite a Pinnacle Claims Management revelar mi información de salud personal (PHI por sus siglas en Inglés) como parte del pago de reclamaciones o como parte de sus operaciones diarias en la medida mínima necesaria. También entiendo que Pinnacle Claims Management puede necesitar revelar mi PHI a otros fuera de Pinnacle Claims Management con el fin de proporcionar servicios relacionados con mi plan específico. Como resultado de ello, autorizo a Pinnacle Claims Management para revelar mi PHI según lo dispuesto por la ley y de acuerdo con las normas establecidas en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

Su información de salud y participación en el Programa de Manejo de Salud de Pinnacle es estrictamente confidencial. Su información únicamente se comparte con los profesionales de atención de salud designados y que son parte de su plan de tratamiento.

Firma del miembro:

Fecha: