

Para ayudarnos a procesar su solicitud rápidamente, recuerde:

- Escriba todas las respuestas en letra imprenta y con tinta azul o negra. No se aceptarán respuestas escritas con lápiz.
- Si necesita corregir algún error, simplemente tache la parte incorrecta y escriba sus iniciales junto a la información correcta. No utilice cinta ni líquido corrector.
- En caso de necesitar más espacio, adjunte una página por separado en la que consten los números de sección y de pregunta, y luego firme y anote la fecha en cada página.

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA CENTRAL

CWA:

<p>Envíe la solicitud mediante uno de los métodos que figuran a la derecha.</p> <p>Si desea realizar alguna pregunta, comuníquese con nuestro departamento de atención al cliente llamando al número gratis 1-866-689-1523.</p>	<p><i>POR FAX:</i> 1-505-816-5325</p>
	<p><i>POR CORREO:</i> Blue Cross and Blue Shield of New Mexico Attn: PAK Enrollment P.O. Box 27838 Albuquerque, NM 87125-9705</p>

SECCIÓN A: PERSONA QUE SOLICITA NUEVA COBERTURA

- Además de poseer una residencia permanente en Nuevo México, todas las personas que soliciten cobertura deben residir en Nuevo México al menos 6 meses al año. Todas las demás personas no son elegibles para recibir cobertura.
- Los solicitantes que no sean ciudadanos de los EE. UU. deben haberse realizado un examen físico completo con un médico en los EE. UU. dentro de los últimos dos años.
- Los solicitantes deben tener menos de 12 años de edad o menos de 18 años de edad, si forman parte de un grupo de hermanos que incluye a un niño de hasta 12 años.
- La persona que complete este formulario en nombre de un niño debe ser el padre/la madre, el custodio o el tutor legal del niño. La información del niño debe completarse en la sección de Solicitante principal que aparece a continuación. Los niños recién nacidos son elegibles después de la primera visita postnatal, siempre que no existan problemas médicos.

SOLICITANTE PRINCIPAL

NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO		NRO. DE SEGURO SOCIAL		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AAAA)	ALTURA ' "	PESO EN LIBRAS
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA, NO APARTADOS POSTALES (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL+4)								
DIRECCIÓN POSTAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL+4); si es diferente del especificado anteriormente					NRO. DE IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID		CONDADO	
TELÉFONO PARTICULAR ()	TELÉFONO LABORAL ()	TELÉFONO CELULAR ()	FAX (si es un método de contacto aceptable) ()		ORIGEN ÉTNICO			
CORREO ELECTRÓNICO (si posee y es un método de contacto aceptable)		LUGAR IDEAL PARA LLAMAR (si fuese necesario)		HORA IDEAL PARA LLAMAR (si fuese necesario)		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano		
¿Permite utilizar la dirección postal antes mencionada para enviar correos que no estén relacionados con la facturación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Inicio <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Tarde				

SECCIÓN B: SELECCIÓN DE OPCIONES DE FACTURACIÓN Y DE SEGURO

Sección B-1: Fecha de entrada en vigencia y facturación por servicios de atención médica

La fecha de entrada en vigencia de la cobertura será el 1.^{er} día del mes en que BCBSNM apruebe la cobertura, o el primer día del mes siguiente a la aprobación.

Complete la siguiente información:

MODALIDAD DE PAGO CONTINUO DE LA PRIMA: giro bancario mensual (*Acuerdo de autorización del pago de prima automático completo*); pago directo mensual; o pago directo bimensual.

Para establecer un giro bancario mensual, envíe un Acuerdo de autorización del pago de prima automático. Esta modalidad de pago de la prima también puede agregarse en otro momento.

DEPÓSITO ENVIADO DE LA PRIMA: \$ _____ (cheque, giro bancario)

El cobro del depósito de la prima no implica la aprobación de esta solicitud. Si no se aprueba esta solicitud, el depósito de la prima se devolverá al Solicitante principal y ni éste ni ninguna otra persona que solicite cobertura mediante esta solicitud tendrán derecho a los beneficios o a la cobertura.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN: _____

SECCIÓN C: PREGUNTAS MÉDICAS/HISTORIA CLÍNICA

- Se deben responder todas las preguntas médicas/de la historia clínica con respecto al niño que solicita cobertura.
- Si responde "Sí," a ALGUNA pregunta de la *Sección C*, proporcione información detallada en la *Sección D*. Tenga en cuenta el plazo al que se hace referencia en cada pregunta.

1. Durante los últimos 10 años, ¿el niño que solicita cobertura ha sido aconsejado, asesorado, evaluado, diagnosticado, tratado, hospitalizado, o ha recibido medicamentos recetados o recomendaciones para el tratamiento de alguna de las siguientes afecciones? (marque "Sí," o "No"):

Si marca "Sí," (☒ Sí) en alguno de los casilleros, también encierre con un círculo la afección, p. ej., cefaleas, y proporcione información completa en la Sección D.

A. ¿Cefaleas; dolores de cabeza; epilepsia o trastornos convulsivos; lesión o contusión en la cabeza; cualquier trastorno neurológico; neuropatía; parálisis; esclerosis múltiple, o cualquier otro trastorno del sistema nervioso central o periférico? Sí No

B. ¿Síndrome de déficit de atención; ansiedad; depresión o desequilibrio químico; insomnio; trastorno bipolar; retraso mental; cualquier trastorno mental, emocional o conductual; trastornos alimenticios; trastornos generalizados del desarrollo o trastornos del espectro del autismo; asesoramiento o terapia matrimonial, o de cualquier otro tipo? Sí No

C. ¿Dolor de pecho; palpitaciones; soplo cardíaco, prolapso de válvula mitral; arritmia o ritmo cardíaco irregular; ataque cardíaco; accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (TIA), o cualquier otro trastorno o afección circulatoria o cardíaca, o hipertensión/hipertensión arterial (HBP)? Sí No

Si la respuesta a HBP es "Sí," detalle 3 mediciones y sus fechas en el último año.

1) _____ 2) _____

3) _____

D. ¿Colesterol, triglicéridos u otros lípidos elevados (incluso aunque se controlen mediante dieta o ejercicios)? Sí No

Si la respuesta es "Sí," proporcione la fecha y los resultados de los exámenes más recientes:

Fecha: _____ Col. total: _____ HDL: _____ Triglicéridos: _____

E. ¿Venas varicosas; arañas vasculares; várices; coágulos de sangre; anemia o cualquier otro trastorno sanguíneo? Sí No

F. ¿Asma; alergias; sinusitis; bronquitis; neumonía; tuberculosis; apnea; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); enfisema; dificultad respiratoria o cualquier otro trastorno, enfermedad o afección pulmonares o respiratorios? Sí No

G. ¿Reflujo ácido; reflujo gastroesofágico (ERGE); esófago de Barrett o cualquier otro trastorno del esófago; síndrome de intestino irritable (SII); colitis; enfermedad diverticular; diarrea crónica o problema intestinal; úlcera; hernia; hemorroides o trastorno del recto, o cualquier otro trastorno o afección digestivos? Sí No

Si la respuesta a hernia es "Sí," indique el tipo: _____

H. ¿Alguna enfermedad o trastorno de la vesícula biliar, el páncreas o el hígado; incremento en las pruebas de las funciones hepáticas; cirrosis o hepatitis? Sí No

Si la respuesta a hepatitis es "Sí," indique el tipo: _____

I. ¿Cáncer; tumor; crecimientos; quistes; pólipos; nódulos linfáticos agrandados o leucemia? Sí No

Si la respuesta es "Sí," indique el diagnóstico y la ubicación: _____

J. ¿Acné; queratosis; psoriasis; carcinoma de células basales; melanoma maligno; lesiones de la piel o la boca; hemangiomas o cualquier otro trastorno dermatológico? Sí No

K. ¿Cálculos renales; reflujo urinario; incontinencia urinaria o cualquier infección o trastorno del tracto urinario, la vejiga o los riñones? Sí No

L. ¿Quiste o nódulo mamario; ginecomastia; enfermedad mamaria fibroquistica; implantes mamarios, o cualquier otro trastorno o enfermedad mamarios? Sí No

M. ¿Trastorno de la espalda o de la columna vertebral; discos herniados, protuberantes, protruidos, fracturados o dislocados; enfermedad degenerativa del disco o alguna otra lesión, enfermedad o trastorno de la espalda o de la columna vertebral? Sí No

N. ¿Artritis (p. ej., osteoartritis, artritis reumatoidea, artritis psoriásica); gota; bursitis; síndrome del túnel carpiano; pinzamiento de nervios; juanetes; disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ) o cualquier lesión, enfermedad o trastorno de las rodillas, los hombros, la mandíbula, los huesos, los músculos o las articulaciones; reemplazo de articulaciones o quiropraxia? Sí No

O. ¿Hipotiroidismo; hipertiroidismo; enfermedad de Graves; bocio; nódulos o cualquier otro trastorno de la tiroides; diabetes; niveles elevados de azúcar en sangre; intolerancia a la glucosa; resistencia a la insulina o cualquier otro trastorno metabólico, endocrino, de la glándula pituitaria o de la glándula suprarrenal; lupus; síndrome de fatiga crónica, trastorno del tejido conectivo o trastorno autoinmune? Sí No

P. ¿Cataratas; glaucoma; pérdida de la audición; tabique nasal desviado o cualquier otro trastorno de ojos, oídos, nariz, habla o garganta?... Sí No

Q. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); complejo relacionado con el SIDA (CRS); VIH positivo u otro trastorno inmunológico? Sí No

R. Para solicitantes de sexo MASCULINO

¿Trastorno de la próstata; antígeno específico de la próstata (PSA) elevado; enfermedad de transmisión sexual; verrugas genitales; herpes; disfunción eréctil, o cualquier otra enfermedad o trastorno del sistema genital o reproductivo? Sí No

S. Para solicitantes de sexo FEMENINO

a) ¿Fibroma o tumor uterino; quiste de ovario; endometriosis; cistocele; rectocele; enfermedad de transmisión sexual; verrugas genitales; herpes; HPV o cualquier otro trastorno o enfermedad del sistema genital o reproductivo? Sí No

b) ¿Se le ha practicado alguna vez una cesárea a la niña solicitante? Sí No

c) ¿Se le ha practicado alguna vez un papanicolaou a la niña solicitante? Sí No

Si la respuesta a papanicolaou es "Sí," proporcione la fecha y los resultados de los 2 últimos papanicolaou de la solicitante:

Fecha _____ Normal Anormal

Fecha _____ Normal Anormal

Nombre del solicitante _____

SECCIÓN C: PREGUNTAS MÉDICAS/HISTORIA CLÍNICA *continuación*

Se deben responder todas las preguntas médicas/de la historia clínica con respecto al niño que solicita cobertura.

2. Complete la siguiente información sobre el niño solicitante en relación con su último examen físico, incluido el control:

Fecha del examen (mes/año): _____ \ _____

Resultados del examen: Normal Anormal*

***Los resultados anormales de un examen incluyen cualquier recomendación para realizar pruebas adicionales, recibir medicación o asistir a visitas de seguimiento.**

3. **En los últimos 5 años**, ¿el niño solicitante de la cobertura ha obtenido un resultado **anormal** en un examen físico, un análisis de sangre, un análisis de orina, o un examen de laboratorio o de diagnóstico? Sí No

4. **En los últimos 12 meses**, ¿se le recetó o se le recomendó al niño solicitante de la cobertura que tome algún medicamento (diferente de los que se recetan para una gripe o un resfrío común) que no esté indicado en esta solicitud? *Si no está seguro del motivo del uso continuo de un medicamento, consulte al médico del niño* Sí No

5. **En los últimos 12 meses**, ¿el niño solicitante de la cobertura fumó o utilizó algún producto del tabaco (como cigarrillos, pipas, cigarros, tabaco en polvo, tabaco de mascar), o utilizó algún producto para dejar de fumar o para reemplazar la nicotina? Sí No

6. A. Pregunta para solicitantes de sexo femenino:

¿Alguna de las mujeres que solicita cobertura está embarazada actualmente? Sí No
Si la respuesta es "Sí," no se puede ofrecer cobertura.

B. Pregunta para solicitantes de sexo masculino:

¿Alguno de los hombres que solicita cobertura actualmente es un futuro padre? Sí No
Si la respuesta es "Sí," no se puede ofrecer cobertura.

7. Al niño/la niña solicitante de cobertura, ¿**alguna vez** se lo/la ha revisado o evaluado; se le ha recetado o ha tomado algún medicamento, o se lo/la ha tratado por infertilidad o para ayudarla a quedar embarazada/ a tener un hijo? Sí No

8. El niño/la niña solicitante de cobertura, ¿**tiene o se le ha realizado alguna vez** un implante (p. ej. mamario, de mentón o peniano), una fijación interna (p. ej. clavos, placas, varillas, tornillos o jaula espinal), prótesis, marcapasos, reemplazo de válvula cardíaca, dispositivo de derivación o supervisión que no se haya indicado en esta solicitud? Sí No

9. Para niños solicitantes de 13 años o mayores:

A. ¿La persona que solicita cobertura bebe cerveza o alcohol? Sí No
Si la respuesta es "Sí," complete la siguiente información:

Cantidad promedio de bebidas por semana: _____ (NOTA: Una bebida equivale a una cerveza de 12 onzas, a un vaso de vino de 5 onzas o a 1.5 onzas de una bebida alcohólica fuerte)

B. ¿Se le ha recomendado **alguna vez** al solicitante de la cobertura que reciba tratamiento por el consumo de alcohol; se le ha aconsejado que reduzca la ingesta de alcohol; o ha sido asesorado, diagnosticado o tratado debido al consumo o abuso de alcohol, a la dependencia alcohólica o al alcoholismo? Sí No

10. ¿El solicitante de la cobertura ha utilizado **alguna vez** drogas o sustancias ilegales o ha sido asesorado, diagnosticado o tratado debido al consumo o la dependencia de drogas o sustancias químicas (recetados, no recetados o ilegales)? Sí No

11. ¿Se le ha aconsejado al solicitante de la cobertura o se ha hablado con éste sobre la posibilidad de recibir tratamiento, someterse a evaluaciones, recibir asesoramiento, terapia o cirugía **que aún no se haya realizado**? Sí No

12. ¿El solicitante de la cobertura **alguna vez** ha sido examinado por un médico, tratado u hospitalizado, o se le ha realizado una cirugía de: bypass, angioplastia, stent, aneurisma, reemplazo de válvula, cáncer, accidente cerebrovascular; cirugía gástrica o cirugía para pérdida de peso; de anomalía congénita o de trasplante de órganos **que no se haya indicado en esta solicitud**? Sí No

Nombre del solicitante _____

SECCIÓN E: REPRESENTACIONES, ACUERDOS y AUTORIZACIONES

Condiciones de la declaración de salud: Entiendo que el objetivo de la Declaración de salud es proporcionar a Blue Cross Blue Shield of New Mexico (BCBSNM) información para determinar la elegibilidad del niño solicitante de la cobertura médica de BCBSNM y acepto que esta Declaración de salud formará parte de los contratos entre BCBSNM y yo.

Entiendo que esta solicitud puede rechazarse y que el hecho de que la complete y realice el pago del depósito de la prima no genera ningún tipo de seguro temporal.

Entiendo que si se aprueba mi solicitud de seguro médico no se cubrirán las enfermedades preexistentes por un período de seis meses a partir de la fecha de vigencia de la cobertura y que puedo presentar pruebas de coberturas acreditables anteriores para reducir o eliminar ese período preexistente.

Otros seguros: A los fines de la elegibilidad para la Asistencia Premium para Niños (PAK), un solicitante no puede poseer cobertura de una empresa comercial de seguros médicos, de Medicare ni Medicaid. La causa de la ineligibilidad del solicitante para Medicaid o SCHIP pueden ser sus ingresos computables y no la imposibilidad de proporcionar la documentación necesaria a fin de establecer la elegibilidad para Medicaid o SCHIP. Una persona con acceso a atención médica del Servicio de Salud Indígena, de la Administración de Veteranos o mediante una compensación para trabajadores no se considera asegurada por poseer tal acceso.

Entiendo que no soy elegible para la Asistencia Premium para Niños (PAK) si poseo cobertura de un producto comercial de seguro médico, de Medicare o de Medicaid, y acepto que yo (niño solicitante) no poseo ninguna otra cobertura de seguro.

Autorización: Entiendo que BCBSNM debe obtener información para evaluar mi solicitud de seguro y que mi autorización es voluntaria. Por lo tanto, autorizo a cualquier profesional médico, hospital, clínica u otra organización o persona a que divulguen a BCBSNM las historias clínicas u otra información sobre el asesoramiento, la atención médica o los tratamientos que me hayan proporcionado. Además, autorizo a BCBSNM a revisar e investigar información en sus propios registros.

Entiendo que debo firmar esta autorización para que BCBSNM tenga en cuenta mi solicitud y para determinar si me ofrecerán o no cobertura, y que no se tomará ninguna medida con respecto a mi solicitud sin mi autorización firmada. Entiendo que la información que obtenga BCBSNM con mi autorización puede volver a divulgarse, según lo permita o requiera la ley, y que esa información ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que esta autorización es válida a partir de la fecha en que se firma y que finaliza cuando se rechace la solicitud o veinticuatro meses después de la fecha de mi solicitud; lo que fuera posterior. Podré revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Una autorización revocada no afecta las actividades de BCBSNM anteriores a la recepción de la revocación. Puedo conservar un duplicado de esta autorización como mi copia.

Bajo ninguna circunstancia BCBSNM incurrirá en responsabilidades antes de la entrada en vigencia de una póliza o en relación con una solicitud rechazada.

Acepto que he leído y verificado la información antes mencionada. Entiendo las respuestas anteriores y certifico y garantizo que son verdaderas y serán la base para el seguro de la cobertura que solicito, y que la omisión o declaración errónea de cualquier información material en respuesta a las preguntas anteriores anulará mi cobertura y puede ser la base para futuras negaciones de reclamos, cancelación o reforma a partir de la fecha de entrada en vigencia original, a entera discreción de BCBSNM.

Cualquier persona que intencionalmente presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de una pérdida o beneficio, o que intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

IMPORTANTE: Su solicitud debe estar firmada y fechada por las personas que se indican a continuación. La falta de firmas o fechas retrasará el proceso. Debe firmarse en un plazo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigencia deseada.

Necesitamos recibir su solicitud **dentro de los 30 días de la fecha de firma más temprana**, por lo que debe reenviar la solicitud lo antes posible. Las solicitudes que se reciban después de los 30 días no serán aceptadas, y se exigirá una nueva solicitud.

Firma

Firma del solicitante principal (15 años de edad o mayor): _____

Fecha: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Firma del padre/tutor legal: _____

Es obligatoria la firma del padre, el custodio o el tutor legal

Fecha: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Poder

Por la presente, el abajo firmante designa a la Junta directiva de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, o a cualquier sucesor de la misma ("HCSC"), con plenas facultades de sustitución, y a las personas que designe la Junta directiva mediante resolución, como sus apoderados para actuar en nombre del abajo firmante en todas las reuniones de los miembros de HCSC (y en todas las reuniones de los miembros de cualquier sucesor de HCSC), y en cualquier postergación de las mismas, con plenas facultades para votar en nombre del abajo firmante con respecto a todos los asuntos que puedan presentarse en dichas reuniones y postergaciones de las mismas. La reunión anual de los miembros se realizará todos los años en la sede principal corporativa el último jueves de octubre a las 12:30 p.m. Se puede convocar a reuniones especiales de los miembros mediante notificación enviada por correo al miembro no antes de los 30 días ni después de los 60 días previos a dichas reuniones. Este poder tendrá vigencia hasta la revocación por escrito del abajo firmante al menos 20 días antes de una reunión de miembros o hasta que se asista y vote personalmente en una reunión de miembros anual o especial.

Firma del padre/tutor legal: _____

Escriba en letra imprenta el nombre que firmó: _____ Fecha de la firma: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Gracias por su solicitud. Incluya todo el material al enviar esta solicitud.

Una División de Health Care Service Corporation, una Compañía Mutua de Reserva Legal,
un Concesionario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.