

Formulario de Inscripción a Illinois Health Connect



Complete este formulario después de haber elegido un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) para cada persona detallada a continuación. Siga los siguientes pasos:

- Escriba el Número de ID del Proveedor para el PCP que usted ha elegido para cada persona en el renglón que está en blanco. Usted puede encontrar el Número de ID del Proveedor llamándonos al número que se indica a continuación, o en línea en www.illinoishealthconnect.com y haga clic en "Pick a Provider" [Elegir un Proveedor].
- Conteste las preguntas médicas que aparecen a continuación.
- Firme y ponga la fecha en el formulario.
- Envíenos el formulario usando el sobre proporcionado en este envío.
- Si usted se quiere inscribir por teléfono, o si tiene preguntas, llámenos al 1-877-912-1999. Si usted utiliza TTY, llame al 1-866-565-8577. La llamada es gratuita.

NOMBRE

**NÚMERO ID DEL
BENEFICIARIO**

**FECHA DE
NACIMIENTO**

**NÚMERO DE ID DEL
PROVEEDOR**

John Doe

123456789

04/03/81

SAMPLE

Por favor conteste estas preguntas. Sus respuestas ayudarán a su PCP a proveerle de la mejor de atención médica a usted y a su familia. Las respuestas que usted proporcione no afectarán su inscripción.

1. ¿Alguna de las mujeres detalladas anteriormente está embarazada? Si es así, por favor escriba su nombre y la fecha del parto.

2. ¿Alguna de las personas detalladas anteriormente tiene asma, diabetes, o cualquier otra enfermedad crónica? Si es así, por favor escriba su nombre, la enfermedad y el nombre del doctor a cargo del cuidado de dicha enfermedad crónica.

3. ¿Alguna de las personas detalladas anteriormente acude a un especialista para obtener atención continua? Si es así, por favor escriba su nombre.

Yo he elegido a los doctores u otros profesionales de salud anteriormente detallados, para que sean los Proveedores de Cuidado Primario para los miembros de mi familia aquí descritos.

Mi Firma

Fecha

Mi Numero Telefonico