

Información personal

(**DERECHOHABIENTES**^{1,2}, continuación)

Solicitante: _____

N.º de Seguro Social: _____

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Parentesco	N.º de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nac.
¿Prefiere comunicarse verbalmente en un idioma distinto del inglés? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', ¿en qué idioma? _____		Durante los últimos seis meses, ¿ha consumido tabaco? ³ Al menos 4 veces por semana, excepto para usos religiosos o ceremoniales <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió 'Sí', indique la última fecha de consumo: _____		
Dirección postal ⁴ (SI ES OTRA)		Ciudad	Estado	Código Postal
Número telefónico para localizarlo con mayor facilidad ⁴ _____ <input type="checkbox"/> móvil <input type="checkbox"/> fijo Al proporcionar su número de celular, usted autoriza que BCBSNM le envíe información por medio de mensajes de texto automatizados, incluida la información de proveedores o prestadores de servicios médicos independientes contratados por BCBSNM, con el fin de responder a sus preguntas y de ofrecerle información adicional sobre las coberturas médicas, los servicios incluidos y los programas. También puede configurar sus preferencias de comunicación en account.bcbsnm.com/upp/ . Es posible que su proveedor de servicios inalámbricos cobre tarifas estándar por servicios de telefonía móvil y por la transmisión de mensajes de texto. Los mensajes serán recurrentes y la frecuencia de estos varía. Su consentimiento no es una condición para solicitar cobertura ni para contratarla.				
Dirección de correo electrónico ^{4,5}				
Nombre del prestador de atención primaria (PCP) ^{6,7}		N.º de PCP — Anote el núm. de identificación de 10 dígitos ⁶		
Si un derechohabiente (distinto a un cónyuge) es mayor de 26 años, ¿dicho derechohabiente tiene alguna discapacidad médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si respondió "Sí", necesitamos una <i>Autorización como derechohabiente con discapacidad</i> . Formulario disponible en espanol.bcbsnm.com/disabled-dependents .				
OPCIONAL: Si es de origen hispano o latino, ¿se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos? (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicoestadounidense <input type="checkbox"/> chicano <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro _____				
OPCIONAL: Indique si se identifica como parte de alguno de los siguientes grupos (marque todos los necesarios) <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro o afroamericano <input type="checkbox"/> indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> japonés <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> de otro país asiático <input type="checkbox"/> nativo de Hawái <input type="checkbox"/> guameño o chamorro <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> otro _____				

¹ Para añadir derechohabientes a su póliza vigente, llene la Solicitud para TODOS los derechohabientes Y el Solicitante principal. Se requiere comprobante de no elegibilidad para Medicare si usted o su cónyuge son mayores de 65 años.

² Derechohabientes aparte de su cónyuge son elegibles hasta los 26 años, a menos de que exista una discapacidad médica y mantengan vigente una cobertura de BCBSNM.

³ Mayores de 21 años que consumen tabaco.

⁴ Mayores de 18 años que deseen recibir correspondencia por correo postal y electrónico, así como llamadas telefónicas.

⁵ Si desea recibir información electrónicamente, **necesitamos** su dirección de correo electrónico.

⁶ Si al solicitar cobertura no elige un prestador de atención primaria (PCP) (consulte la página findadoctornm.com), se le asignará uno según su área de servicio.

⁷ Consulte la información sobre los PCP y profesionales en ginecología y obstetricia en la página 10.