Formulario de Aplicación para Planes de Salud Individuales y Familiares de Blue Shield

Blue Shield of California y
Blue Shield of California Life & Health Insurance Company

Use este formulario de aplicación para pedir, directamente de Blue Shield, la cobertura de un plan individual y familiar (IFP, por sus siglas en inglés) de Blue Shield. Para hacer cambios o inscribirse en planes que solamente vende Covered California, debe comunicarse con Covered California.

EL FORMULARIO DE APLICACIÓN SE DEBE COMPLETAR CON TINTA AZUL O NEGRA Y EN LETRA DE IMPRENTA MAYÚSCULA. Asegúrese de contestar todas las preguntas de la forma más completa y exacta posible, **y de incluir la prima del primer mes** para evitar que se le devuelva el formulario. Envíe TODAS las páginas, de la 1 a la 14, de su formulario de aplicación completo junto con cualquier otra documentación complementaria a Blue Shield Attn: I&B – Applications, P.O. Box 3008, Lodi, CA 95241-9969. También puede enviarla por fax al (888) 386-3420 o por correo electrónico a **IFPapplications@blueshieldca.com**. La manera más rápida y eficaz de enviar su formulario de aplicación es por Internet en **buyblueshieldca.com**.
Si necesita ayuda para completar el formulario, llame a Blue Shield al **(888) 256-3650 (TTY: 711),** de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), y los sábados, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), o comuníquese con su agente. **Debe marcar las casillas de la siguiente manera: ☒**

(SOLO PARA USO DEL PRODUCTOR)
CÓDIGO DE MERCADO

Motivo de la aplicación (elija una opción): ☐ Inscripción abierta ☐ Período de inscripción especial

Al elegir una situación calificante del período de inscripción especial, certifica que, hasta donde usted sabe, es elegible para un período de inscripción especial.

Fecha en la que ocurrió la situación de vida calificante: _____

Explique la situación de vida calificante: _____

Nota: Para elegir una cobertura, debe pedirla dentro de los 60 días después de la fecha en la que ocurrió la situación de vida calificante.

Elija una opción: ☐ Empezar una nueva inscripción ☐ Cambiarse a un plan diferente
☐ Agregar un familiar dependiente a la cobertura actual

Si agrega un dependiente a la cobertura actual y/o pide un cambio de plan, escriba el número de identificación de suscriptor de Blue Shield del suscriptor actual: _____

Parte 1: Información de la cobertura de salud de la persona principal que aplica

Usted es elegible para pedir un plan de salud individual y familiar de Blue Shield si vive en California y no está inscrito en la cobertura de Medicare. La o las opciones de plan médico, dental y/o de la vista que se elijan para la persona principal que aplica se aplicarán a todos los dependientes/personas que se incluyan en este formulario de aplicación. Las personas que deseen inscribirse en una opción de plan distinta de la de la persona principal que aplica deben completar un formulario de aplicación especial por separado y enviar la cuota/prima del primer mes por separado.

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica			
Primer nombre		Apellido	Inicial del 2.º
☐ Masculino ☐ Femenino	Casado(a): ☐ Sí ☐ No	Pareja doméstica: ☐ Sí ☐ No	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association C12900-FF-SP_0626

Cuéntenos sobre usted. ¿Cómo describiría su raza y/o grupo étnico? Esta información es confidencial y se usará para garantizar que todas las personas tengan el mismo acceso a la atención de la salud. No se usará para decidir para qué servicios de atención de la salud califica usted.

1.¿Es usted de origen hispano o latino? (Elija una sola opción)

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé
- ☐ Me niego a contestar

2.Si contesta "Sí", elija una opción:

- ☐ Cubano
- ☐ Guatemalteco
- ☐ Mexicano, mexicoestadounidense o chicano
- ☐ Puertorriqueño
- ☐ Salvadoreño
- ☐ Dos o más grupos étnicos
- ☐ Otro origen hispano, latino o español: _____

3.¿A qué raza pertenece? (Elija una)

- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
- ☐ Indio asiático
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Camboyano
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Laosiano
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Samoano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Blanco
- ☐ Dos o más razas
- ☐ Otra
- ☐ No sé
- ☐ Me niego a contestar

Si hay dependientes aplicables incluidos en su formulario de aplicación, ¿son todos los dependientes de la misma raza y/o del mismo grupo étnico que la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No Si contesta "No", escriba la raza y/o el grupo étnico para cada uno de sus dependientes en la Parte 3.

Preferencia para los mensajes: ☐ Correo electrónico ☐ En papel	N.º de teléfono celular de la persona que aplica
N.º de teléfono alternativo de la persona que aplica (línea fija)	Teléfono del trabajo de la persona que aplica

Al brindar mi información de contacto en este formulario, acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre mi cuenta y los distintos programas de salud y bienestar disponibles para mí sin ningún costo, incluso por teléfono o texto, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar.

Acepto que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse conmigo sobre información promocional que pueda beneficiarme a mí y a mis dependientes, incluso por teléfono o texto a los números que puse en este formulario, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada. Su participación es voluntaria y puede cancelar la autorización para recibir avisos cuando lo desee. Es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar. ☐ Sí ☐ No

Dirección electrónica de la persona que aplica (Entiendo y acepto que pueden comunicarse conmigo por correo electrónico):

Parte 1: Información de la cobertura de salud de la persona principal que aplica (continuación):

Si es un miembro actual de Blue Shield, escriba el número de identificación de suscriptor:

Dirección del hogar (**NO** se aceptan casillas postales)		N.º de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de facturación (si es distinta de la anterior)		N.º de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta de la dirección del hogar)		N.º de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Opción de plan de salud (marque solo una casilla):
Planes de Blue Shield of California:

Planes Exclusive PPO		**Planes Trio HMO**
☐ Blue Shield Platinum 90 PPO ☐ Blue Shield Gold 80 PPO ☐ Blue Shield Silver 70 Off Exchange PPO ☐ Silver 1850 PPO ☐ Blue Shield Bronze 60 PPO	☐ Bronze 7250 PPO ☐ Blue Shield Minimum Coverage PPO ☐ Blue Shield Bronze 60 HDHP PPO ☐ Silver 2800 HDHP PPO	☐ Blue Shield Platinum 90 Trio HMO ☐ Blue Shield Gold 80 Trio HMO ☐ Blue Shield Silver 70 Off Exchange Trio HMO ☐ Bronze 7500 Trio HMO ☐ Blue Shield Bronze 60 Trio HMO

Elija y designe a su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), grupo médico o centro de salud. Para ver una lista de proveedores participantes, visite **blueshieldca.com/fad**.

Nota: Si no elige activamente un médico de atención primaria (PCP) válido al inscribirse y ha elegido un plan Trio HMO, se le puede asignar automáticamente un PCP virtual al momento de la inscripción. Los PCP virtuales ofrecen la ventaja de los servicios de telesalud exclusivamente por video o por teléfono para brindar una gran variedad de servicios de atención similares a los que brindan los PCP en persona. Un PCP virtual coordina toda su atención, lo que incluye cualquier tipo de atención especializada y en persona que se necesite dentro de la red de proveedores de Trio. Para ver a un especialista o un proveedor en persona se necesitará una referencia de su PCP virtual.

Si necesita ayuda para completar el formulario de aplicación, llame a Blue Shield al **(888) 256-3650** o comuníquese con su agente.

Nombre del médico, del grupo médico o del centro de salud (obligatorio): _____

N.º de licencia/identificación del médico, del grupo médico o del centro de salud (obligatorio):_____

Nombre del grupo del médico, del grupo médico o del centro de salud (obligatorio):_____

¿Es paciente actual? (Obligatorio): ☐ Sí ☐ No

Durante la Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés), si usted envía su formulario de aplicación antes del 31 de diciembre, es elegible para que la fecha de comienzo de su cobertura sea el 1 de enero. Si lo envía antes del 31 de enero, es elegible para que la fecha de comienzo sea el 1 de febrero. Durante un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés), la fecha de comienzo dependerá de su situación de vida calificante y de la fecha en la que envíe su formulario de aplicación. Para ver detalles específicos, visite **blueshieldca.com/buyblue**.

Para más información sobre la fecha de comienzo de su cobertura, vea el Punto 5 de la Parte 6(b).

Nota: El Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés) está disponible para todos los planes médicos. Esos documentos muestran un resumen de la cobertura y los beneficios de los planes. Visite **blueshieldca.com/policies** para descargar el SBC correspondiente a cualquier plan que haya pedido.

¿La persona principal que aplica vive actualmente en California? ☐ Sí ☐ No
Si contesta "No", ¿dónde vive la persona principal que aplica?

Elija el idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Vietnamita
☐ Coreano ☐ Otro: _____

Método de contacto de preferencia (marque uno): ☐ Teléfono del hogar u otro ☐ Teléfono celular
☐ Teléfono del trabajo ☐ Correo electrónico ☐ Correo común

Marque esta casilla si anteriormente tuvo cobertura de Blue Shield. ☐
Si tuvo cobertura, escriba su número de identificación de suscriptor de Blue Shield anterior (si lo tiene):

¿Usted o alguna de las personas que piden la cobertura son elegibles actualmente para la cobertura de Medicare y/o están inscritas en la cobertura de Medicare? ☐ Sí ☐ No
Si contesta "Sí", marque una opción: ☐ Elegible(s) o ☐ Inscrito(s).
Escriba el nombre de la o las personas que aplican:

¿Su empleador le ofrece dinero para ayudar a pagar un plan de seguro de salud individual (a veces llamado acuerdo de reembolso de salud de cobertura individual [ICHRA, por sus siglas en inglés] o acuerdo de reembolso de salud para pequeños empleadores calificados [QSEHRA, por sus siglas en inglés])? ☐ Sí ☐ No

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 2: Opciones de planes suplementarios para la persona principal que aplica

Usted también puede comprar un plan dental, un plan de la vista, un paquete de plan dental + plan de la vista y/o un seguro de vida para complementar su cobertura de salud. Los planes dentales, los planes de la vista, los planes dentales + planes de la vista y/o el seguro de vida también están disponibles para comprarlos sin una cobertura médica. Las opciones de plan dental y de la vista se aplicarán a todos los dependientes/personas que se incluyan en este formulario de aplicación.

Opciones de planes dentales y de la vista (elija solo un plan dental y/o un plan de la vista, O BIEN Specialty Duo℠):

Planes dentales:		**Planes de la vista:**	**Paquete de plan dental + plan de la vista:**
☐ Dental HMO ☐ Dental Standard HMO ☐ Dental PPO ☐ Dental PPO 1500	☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 ☐ Enhanced Dental PPO 50/2000 Lifetime Ortho 1500	☐ Ultimate Vision 15/25/120*	☐ Paquete de plan dental + plan de la vista Specialty Duo℠*

Solo para los planes Dental HMO: Visite **blueshieldca.com/fad** para buscar un proveedor dental o llame al **(888) 256-3650** si tiene alguna pregunta. Los planes Dental HMO y Dental Standard HMO no están disponibles en todos los códigos postales; específicamente, no están disponibles en los condados de Alpine, Amador, Butte, Calaveras, Colusa, Del Norte, Glenn, Humboldt, Lake, Lassen, Marin, Mendocino, Modoc, Napa, Nevada, Plumas, San Luis Obispo, Santa Bárbara, Shasta, Sierra, Siskiyou, Sonoma, Sutter, Tehama, Trinity, Tuolumne y Yuba.

Nombre del proveedor dental:	N.º de proveedor dental:

Opción de seguro de vida*: El seguro de vida está disponible para las personas que aplican de entre 1 y 64 años. La cobertura se ofrece en cantidades de entre $10,000 y $100,000. Para las cantidades de beneficio de $50,000 en adelante se aplican ciertas condiciones. Para comprar una cobertura de seguro de vida, debe completarse un formulario de aplicación de seguro de vida por separado. Para conocer las tarifas del seguro de vida y pedir la cobertura, visite nuestro sitio web en **blueshieldca.com/term-life**.

*Asegurados por Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life).

Nota: Los formularios de Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC, por sus siglas en inglés) están disponibles para todos los planes dentales. Esos formularios muestran un resumen de la cobertura y los beneficios de los planes. Visite **blueshieldca.com/policies** para descargar los formularios de SDBC correspondientes a cualquier plan dental que haya pedido.

Parte 3(a): Información del cónyuge/pareja doméstica dependiente que aplica

☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los de la persona principal que aplica)

Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del cónyuge/pareja doméstica que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Preferencia para los mensajes: ☐ Correo electrónico ☐ En papel	N.º de teléfono celular de la persona que aplica	N.º de teléfono alternativo de la persona que aplica (línea fija)

Dirección electrónica de la persona que aplica **(Necesaria para enviar comunicaciones electrónicas)**

Al brindar la información de contacto de mi pareja/cónyuge en este formulario, tengo su autorización para aceptar en su nombre que Blue Shield y sus entidades afiliadas y agentes puedan comunicarse con él/ella sobre nuestra cuenta y los distintos programas de salud y bienestar disponibles para nosotros sin ningún costo, incluso por teléfono o texto, usando un marcador automático o una voz artificial o pregrabada; es posible que se apliquen las tarifas de datos estándar.

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 3(b): Información de la aplicación del dependiente; hijo 1. Los hijos dependientes deben ser menores de 26 años. Si más de ocho hijos dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha.

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		
¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los de la persona principal que aplica)		
Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(c): Información de la aplicación del dependiente; hijo 2

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		
¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los de la persona principal que aplica)		
Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(d): Información de la aplicación del dependiente; hijo 3

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		
¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los de la persona principal que aplica)		
Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(e): Información de la aplicación del dependiente; hijo 4

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica		
¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente? (Si son distintos de los de la persona principal que aplica)		
Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 3(f): Información de la aplicación del dependiente; hijo 5

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los de la persona principal que aplica)

Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(g): Información de la aplicación del dependiente; hijo 6

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los de la persona principal que aplica)

Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(h): Información de la aplicación del dependiente; hijo 7

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los de la persona principal que aplica)

Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 3(i): Información de la aplicación del dependiente; hijo 8. Si más de ocho hijos dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si incluye una hoja adicional. ☐

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., hijo/hija)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los de la persona principal que aplica)

Primer nombre	Apellido	Inicial del 2.º

¿La dirección del hijo dependiente que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 4: Información del padre, la madre, el padrastro o la madrastra que aplica

Para agregar un padre, una madre, un padrastro o una madrastra que aplica, la persona principal que aplica debe tener 26 años como mínimo. El padre, la madre, el padrastro o la madrastra que aplica debe vivir en California y no puede estar inscrito en Medicare. Se aplican otras reglas. Si más de dos padres, madres, padrastros o madrastras dependientes piden la cobertura, incluya una hoja adicional con toda la información que se pide a continuación, junto con su firma y la fecha. Marque esta casilla si incluye una hoja adicional. ☐

¿Los ingresos brutos del padre, la madre, el padrastro o la madrastra durante el año calendario son menores de $2,000? ☐ Sí ☐ No

¿La persona principal que aplica brinda más de la mitad del respaldo del padre, la madre, el padrastro o la madrastra durante el año calendario? ☐ Sí ☐ No

Puede comunicarse con el Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP, Programa de Defensa y Asesoramiento sobre el Seguro de Salud) de California para obtener asesoramiento. El HICAP brinda asesoramiento sobre el seguro de salud para las personas mayores que viven en California. El HICAP es un servicio gratis brindado por el estado de California. Para encontrar su oficina local del HICAP, llame al número estatal del HICAP **(1-800-434-0222)** o vea la lista de los programas locales del HICAP al final de este formulario de aplicación. Hay una guía de tarifas disponible en la que se comparan las pólizas que venden distintas aseguradoras. Puede obtener una copia de esta guía de tarifas llamando al número de teléfono gratis para clientes **(1-888-466-2219)** del Department of Managed Health Care (Departamento de Atención de la Salud Administrada), llamando al número de teléfono gratis **(1-800-434-0222)** del Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) o ingresando en el sitio web del Department of Managed Health Care **(www.dmhc.ca.gov)**.

Parte 4(a): Información del padre, la madre, el padrastro o la madrastra que aplica

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., padre, madre, padrastro o madrastra)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los de la persona principal que aplica)

Primer nombre	Inicial del 2.º

Apellido

¿La dirección del padre, la madre, el padrastro o la madrastra que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

Parte 4(b): Información del padre, la madre, el padrastro o la madrastra que aplica

☐ Masculino ☐ Femenino	Relación: (p. ej., padre, madre, padrastro o madrastra)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)

N.º de Seguro Social/N.º de identificación fiscal de la persona que aplica

¿Con qué raza y/o grupo étnico se identifica este dependiente?
(Si son distintos de los de la persona principal que aplica)

Primer nombre	Inicial del 2.º

Apellido

¿La dirección del padre, la madre, el padrastro o la madrastra que aplica es la misma que la de la persona principal que aplica? ☐ Sí ☐ No
Si no lo es, ¿dónde vive la persona que aplica? (Dirección; incluya el código postal y el estado)

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 5: Autorización para revelar información

Para autorizar la revelación de su información médica, complete el formulario llamado Authorization for the Use or Disclosure of Health Information (Autorización para el Uso o la Divulgación de Información sobre la Salud) de Blue Shield of California. La versión más reciente del formulario está disponible en Internet en la sección de Revelación de Información de Salud Personal:

Formularios para Miembros | Blue Shield of California
blueshieldca.com/en/home/forms-unauth
Siga las instrucciones que están en el formulario de autorización para completarlo y enviarlo.

Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización después de firmarla.

Vencimiento: Esta autorización será válida 1) durante treinta (30) meses a partir de la fecha de esta autorización a los fines de procesar su aplicación, procesar un pedido de restablecimiento o procesar un pedido de cambio de beneficios; 2) durante el tiempo necesario para procesar las reclamaciones que se hagan durante el período de la cobertura; y 3) durante el período de cobertura de todas las demás actividades según el acuerdo de servicios de salud/póliza.

Derecho a cancelar: Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de un aviso de mi cancelación por escrito a Blue Shield. Entiendo que la cancelación de esta autorización no afectará ninguna medida que Blue Shield haya tomado de acuerdo con esta autorización antes de recibir mi aviso de cancelación por escrito.

Persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy
Persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy
Cónyuge/pareja doméstica de la persona que aplica	Fecha de hoy
Padre, madre, padrastro o madrastra de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy
Padre, madre, padrastro o madrastra de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy
Persona que aplica de 18 años en adelante	Fecha de hoy

Siga con la Parte 6; debe incluir su firma y la fecha de hoy en esa sección.

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 6(a): Verificación de la exactitud de la información por parte de la persona que aplica
Lea la siguiente información cuidadosamente. Todos los familiares de 18 años en adelante que aplican deben revisar el formulario de aplicación completo y firmarlo. Guarde una copia de este formulario para sus registros.

Soy el único responsable de que la información brindada en este formulario de aplicación sea exacta y esté completa. He revisado personalmente toda la información brindada en este formulario de aplicación, aunque no haya sido yo quien lo completó. Hasta donde yo sé, toda la información brindada en este formulario de aplicación es exacta y verdadera, y está completa. Si Blue Shield determina que hay fraude (mediante un hecho, práctica u omisión) o una declaración falsa intencional de un hecho fundamental relacionado con la información de este formulario de aplicación, entiendo que es posible que se cancele la cobertura de acuerdo con lo permitido por la ley.

Para las personas que aplican cuyo idioma de preferencia no sea el inglés: Si en la Parte 1 puse que mi idioma de preferencia no es el inglés y completé la versión en inglés de este formulario de aplicación (u otra versión que no sea la correspondiente a mi idioma de preferencia), confirmo que entiendo las preguntas que se hacen en este formulario de aplicación.

Persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y relación si la persona que aplica es menor de edad)
Persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y relación si la persona que aplica es menor de edad)
Firma del cónyuge/pareja doméstica de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 6(b): Autorizaciones, términos y condiciones

Lea los siguientes términos y condiciones cuidadosamente. Todas las personas de 18 años en adelante que aplican deben revisar el formulario de aplicación completo e incluir su propia firma y autorización. Guarde una copia de este formulario para sus registros.

1. **Aplicación para obtener cobertura**: Es importante que sepa que Blue Shield of California o Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (según corresponda) pueden rechazar su aplicación para obtener cobertura si usted no es elegible actualmente. Para que la cobertura tenga validez, Blue Shield debe aprobar su formulario de aplicación y se debe fijar una fecha de comienzo de la cobertura. Si usa los servicios de un corredor como ayuda para inscribirse, su retribución económica se basa en un porcentaje de su prima mensual total y está cubierta por Blue Shield. Su prima mensual no cambiará si decide usar los servicios de un corredor. Además, su corredor podría recibir una bonificación si cumple con ciertos objetivos de venta.
2. **Cuota/prima del primer mes**: Blue Shield exige que la cuota/prima del primer mes se pague al momento de presentar el formulario de aplicación. Visite **buyblueshieldca.com** o comuníquese con su agente para conocer el costo aproximado de sus cuotas/primas mensuales. Para obtener información sobre las opciones de pago, vea la Parte 8. Si no envía el pago total de las cuotas/primas, se le devolverá su formulario de aplicación. Tenga en cuenta que el procesamiento de un pago no significa que se apruebe su formulario de aplicación de Blue Shield o Blue Shield Life. Si actualmente no califica para la cobertura, el pago de las cuotas/primas que envíe con su formulario de aplicación no será procesado. Si adjunta un cheque, este se destruirá.
3. **Cuotas/primas que se deben**: Blue Shield se reserva el derecho de cobrar las cuotas/primas impagas de la cobertura en los 12 meses anteriores a la fecha de comienzo de la nueva cobertura.
4. **Cuotas/primas**: Las cuotas/primas se deben pagar en su totalidad antes de la fecha de vencimiento. La cobertura será cancelada por no haber pagado las cuotas/primas cuando termine su período de gracia, según lo que se establece en la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud*/Póliza, y tal como lo permita la ley. Usted tendrá que hacerse cargo del costo total de los servicios de atención de la salud y no podrá pedir una cobertura nueva hasta el próximo período de inscripción abierta.

   (Obligatorio) Al marcar esta casilla ☐, reconozco y acepto la siguiente política sobre el pago de las primas de Blue Shield. Además, acepto que yo o un Tercero Pagador Aceptable haremos todos los pagos futuros de primas para mi cobertura de Blue Shield.

   El suscriptor es responsable del pago de las cuotas/primas a Blue Shield of California y/o a Blue Shield of California Life & Health Insurance Company (Blue Shield Life). Blue Shield of California no acepta pagos de cuotas/primas directos ni indirectos de ninguna persona o entidad que no sea el suscriptor, sus familiares o un tutor legal, o un "Tercero Pagador Aceptable". Los Terceros Pagadores Aceptables son los siguientes:

   - Los programas Ryan White sobre el VIH/sida, de acuerdo con el Título XXVI de la Public Health Services Act (Ley de Servicios de Salud Pública).
   - Tribus indígenas, organizaciones tribales u organizaciones indígenas urbanas.
   - Un programa del gobierno local, estatal o federal legítimo, incluido un beneficiario designado por un programa del gobierno para hacer pagos en su nombre.
   - Organizaciones benéficas de buena fe y organizaciones relacionadas con el suscriptor (p. ej., iglesia o empleador) cuando también se cumplan las siguientes condiciones: el pago se garantiza durante todo el año del plan; se da ayuda según criterios definidos de estado financiero y no se tiene en cuenta el estado de salud; la organización no está afiliada a un proveedor de atención de la salud; y la organización no tiene intereses financieros en el pago de una reclamación del plan de salud. Entre las instituciones/organizaciones financieramente interesadas se incluyen las instituciones/organizaciones que reciben la mayor parte de sus fondos de entidades con un interés económico en el pago de reclamaciones del seguro de salud, o las instituciones/organizaciones que están sujetas al control directo o indirecto de entidades con un interés económico en el pago de reclamaciones del seguro de salud.

   Si se descubre que las cuotas/primas fueron pagadas directa o indirectamente por una persona o entidad que no es el suscriptor ni los terceros mencionados anteriormente, Blue Shield of California tiene derecho a rechazar el pago e informarle al suscriptor que el pago no fue aceptado y que las cuotas/primas siguen impagas. El procesamiento de cualquier pago no cancela el derecho de Blue Shield of California de rechazar ese pago y los pagos futuros de acuerdo con esta política.

Iniciales de la persona principal que aplica _____

5. **Fecha de comienzo de la cobertura**: Si usted califica para la cobertura, Blue Shield le avisará la fecha de comienzo de su cobertura. Si se deben cuotas/primas adicionales, se debe recibir el pago antes de que empiece la cobertura. No están cubiertos los cargos generados por servicios recibidos antes de la fecha de comienzo o después de que se haya cancelado o terminado la cobertura.

   Es posible que las fechas de comienzo de la cobertura para un período de inscripción especial sean distintas de las fechas de comienzo para un período de inscripción abierta. Blue Shield fija estas fechas de comienzo, que pueden empezar tan pronto como el primer día del mes siguiente a la recepción del formulario de aplicación durante el período de inscripción especial, según lo requiera la ley, o en la fecha de nacimiento en el caso de un recién nacido. Para obtener información sobre los períodos de inscripción especial y las fechas de comienzo, comuníquese con Blue Shield.

6. **Aceptación del formulario de aplicación**: Usted entiende que únicamente Blue Shield puede aceptar su formulario de aplicación y emitir la cobertura de un plan o una póliza pedidos mediante este formulario. Su agente o corredor de seguros no puede emitir una cobertura, inscribirle en ella ni cambiar ninguno de los términos o las condiciones de la cobertura.

7. **Padres/madres/tutores**: Si usted es el padre, la madre o el tutor legal de una persona menor de edad que aplica, firme en nombre de la persona que aplica al final de esta Parte 6.
   El padre, la madre o el tutor legal son las personas que pueden hacer consultas y actuar en nombre de la persona que aplica en relación con esta cobertura (según lo permitido por la ley). Además, usted acepta asumir toda la responsabilidad de los pagos de las cuotas/primas, y cumplir los términos y las condiciones de la cobertura. Si usted no es el padre ni la madre de la persona que aplica, incluya los documentos judiciales que lo nombran tutor legal del menor.
   Marque una de las siguientes casillas e identifique a la persona autorizada para actuar en nombre del menor (persona que aplica):
   ☐ Padre o madre únicamente: _____ (incluya el nombre y la relación); o
   ☐ Tutor legal únicamente: _____ (incluya el nombre y la relación); o
   ☐ Representante de la orden de apoyo médico calificado infantil _____ (incluya nombre y relación).
   ☐ Marque esta casilla si Blue Shield solo puede hacer cambios en el contrato si recibe un pedido por escrito de parte de la persona identificada anteriormente.

8. **Autorización para que el cónyuge/pareja doméstica haga cambios**: Si usted es una persona que aplica cuyo cónyuge/pareja doméstica también pide la cobertura, diga si autoriza a su cónyuge/pareja doméstica a hacer cambios en el contrato/póliza en nombre de usted. Usted puede suspender esta autorización en cualquier momento enviando un pedido por escrito a Blue Shield.

   ☐ **Sí**
   ☐ **No**

9. **Autorización para que su agente brinde u obtenga información**: Al dejar esta casilla en blanco, usted autoriza a su agente, corredor o productor de seguros (denominado "su agente") a tener acceso a toda la información incluida en este formulario de aplicación. Marque esta casilla si **no quiere** autorizar a su agente a hacer esto.

   ☐

10. **Proceso para autorizar a Blue Shield a revelar información personal y sobre la salud a un tercero**: Si desea autorizar a su cónyuge, a su pareja doméstica o a un tercero a obtener acceso a la información personal sobre su salud, complete el formulario llamado Authorization for the Use or Disclosure of Health Information. Para obtener este formulario, visite **blueshieldca.com/privacy** o llame al **(888) 256-3650**.

11. **La ley de California prohíbe que las compañías de seguros de salud exijan o usen una prueba de VIH como condición para obtener cobertura de seguro de salud.**

12. **Respuesta a la información pedida**: Usted acepta cooperar con Blue Shield (o Blue Shield Life, según corresponda) brindando los documentos y otra información que se le pida (como órdenes judiciales para brindar cobertura a dependientes, etc.) o el acceso a ellos con el fin de confirmar la información incluida en este formulario de aplicación para obtener cobertura. Usted reconoce y acepta que si no brinda o si se niega a brindar esos documentos u otra información que se le pida se puede rechazar su formulario de aplicación o rescindir o cancelar su cobertura.

C12900-FF-SP_0626

13. **Recibir material y avisos de manera electrónica o impresa:** Usted recibirá material y avisos necesarios relacionados con la cobertura y el plan de beneficios por correo electrónico, en **blueshieldca.com/policies** y/o al iniciar sesión en el sitio web de Blue Shield, **blueshieldca.com**, según corresponda. Los documentos disponibles para usted de forma electrónica incluyen lo siguiente:
    - Tarjeta de identificación de suscriptor de Blue Shield.
    - Declaración de Beneficios (SOB, por sus siglas en inglés).
    - Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC).
    - *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud* (EOC, por sus siglas en inglés)/Póliza.
    - Resumen de Cobertura y Beneficios Dentales (SDBC).

    Tiene derecho a recibir material impreso por correo postal en cualquier momento y sin costo alguno. Si desea recibir material impreso por correo postal o cancelar la autorización para recibir avisos por correo electrónico, o si tiene alguna pregunta, llame al **(888) 256-3650**.

14. **Médico de atención primaria (PCP) virtual:** Usted acepta que, si no elige activamente un médico de atención primaria (PCP) válido al inscribirse y ha elegido un plan Trio HMO, se le puede asignar automáticamente un PCP virtual al momento de la inscripción. Los PCP virtuales ofrecen la ventaja de los servicios de telesalud exclusivamente por video o por teléfono para brindar una gran variedad de servicios de atención similares a los que brindan los PCP en persona. Un PCP virtual coordina toda su atención, lo que incluye cualquier tipo de atención especializada y en persona que se necesite dentro de la red de proveedores de Trio. Para ver a un especialista o un proveedor en persona se necesitará una referencia de su PCP virtual.

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

He revisado todas las respuestas que se relacionan conmigo en este formulario de aplicación. He leído el Resumen de Beneficios (SOB, por sus siglas en inglés), el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), según corresponda, y los términos y las condiciones de la cobertura, y las autorizaciones establecidas anteriormente. Con mi propia firma más abajo, declaro que la información que di en este formulario de aplicación es exacta y está completa hasta donde yo sé, y entiendo y acepto los términos y las condiciones de la cobertura y las autorizaciones que he brindado. (Importante: Todas las personas adultas que aplican deben firmar a continuación). Entiendo que debo informar a Blue Shield si hay algún cambio o diferencia en la información que incluí en este formulario de aplicación antes de que empiece mi inscripción en Blue Shield.

Persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y su relación si la persona que aplica es menor de edad)
Persona que aplica (padre, madre o tutor legal si la persona que aplica es menor de edad)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta (y su relación si la persona que aplica es menor de edad)
Firma del cónyuge/pareja doméstica de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del padre, la madre, el padrastro o la madrastra de la persona que aplica (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta
Firma del familiar de 18 años en adelante (si pide cobertura)	Fecha de hoy	Nombre en letra de imprenta

Importante: Debemos recibir su formulario de aplicación dentro de los 30 días después de la fecha de la firma, durante un período de inscripción abierta anual o dentro de los 60 días después de una situación de vida calificante.

C12900-FF-SP_0626

Iniciales de la persona principal que aplica _____

Parte 7: Información del productor; debe ser completada por un agente autorizado de Blue Shield

1. ¿Usted completó este formulario de aplicación? ☐ Sí ☐ No			
2. Si contestó "Sí", ¿hizo las preguntas de este formulario exactamente como aparecen aquí? ☐ Sí ☐ No			
3. ¿Registró las respuestas exactamente con la información que recibió? ☐ Sí ☐ No. Incluya una explicación.			
4. ¿Desea que la *Evidencia de Cobertura y Acuerdo de Servicios de Salud*/Póliza se envíe directamente al suscriptor? ☐ Sí ☐ No			
Nombre del productor (la entidad o la persona que recibirá las comisiones)			
Dirección electrónica	☐ Actualizar dirección electrónica	N.º de productor	
N.º de teléfono	☐ Actualizar teléfono	N.º de fax	☐ Actualizar fax
Dirección del productor			☐ Actualizar dirección
Ciudad		Estado	Código postal
Nombre del superproductor		Número de superproductor	

Al firmar más abajo, yo, como agente, corredor, abogado, firma de abogados o representante que ha ayudado a la persona que aplica a presentar este formulario de aplicación, verifico que, hasta donde yo sé, la información del formulario está completa y es exacta. Le he explicado a esta persona, de manera fácil de entender, el riesgo que significa para esta persona brindar información incorrecta, y entendió la explicación. Si un declarante intencionalmente afirma como verdadero cualquier hecho fundamental que sabe que es falso, esa persona estará sujeta a una multa civil de hasta diez mil dólares ($10,000), además de cualquier sanción o determinación disponible que corresponda según la ley actual.

Firma del productor (obligatoria)	Fecha de hoy (obligatoria)	Nombre en letra de imprenta

Productores: Asegúrese de que todas las partes del formulario de aplicación estén completas. En el caso de que falte información o de que la información esté incompleta, es posible que Blue Shield se comunique directamente con la persona que aplica para obtener la información completa.

Parte 8: Información sobre la facturación y el pago

Cómo calcular el costo aproximado de las cuotas/primas mensuales:

- Visite **buyblueshieldca.com** o hable con su agente para conocer el costo aproximado de las cuotas/primas.
- La cuota/prima del primer mes se debe pagar al momento de presentar el formulario de aplicación.
- Blue Shield emitirá una cuota/prima final antes de cualquier fecha de comienzo de la cobertura. Si la cantidad final es distinta de la cantidad aproximada de las cuotas/primas y se deben cantidades adicionales, el pago deberá recibirse antes de que empiece la cobertura.

Opciones de pago

Su cuota/prima del primer mes puede pagarse enviando un cheque* o un giro postal.

* Cuando paga con un cheque, autoriza a Blue Shield a usar la información de su cheque para hacer una transferencia de fondos electrónica por única vez de su cuenta o a procesar el pago como una transacción de cheque. Cuando usemos la información de su cheque para hacer una transferencia de fondos electrónica, estos se debitarán de su cuenta tan pronto como aprobemos su formulario de aplicación y no recibirá el cheque de vuelta a través de su institución financiera.

C12900-FF-SP_0626

Oficinas locales del HICAP en los distintos condados de California

Condado de Alameda
333 Hegenberger Rd., Ste. 850
Oakland, CA 94621
(510) 839-0393

Condados de Alpine, Amador, Calaveras, Mariposa y Toulumne
19074 Standard Rd., Ste. A
Sonora, CA 95370
(209) 532-6272, ext. 222

Condados de Butte, Colusa, Glenn, Plumas y Tehama
25 Main St., Room 202
Chico, CA 95929-0799
(530) 898-6716

Condado de Contra Costa
400 Ellinwood Way
Pleasant Hill, CA 94523
Dentro de Contra Costa desde un teléfono fijo: (800) 510-2020
Fuera del estado: (925) 655-1393

Condado de Del Norte
1765 Northcrest Drive
Crescent City, CA 95531
(707) 464-7876

Condados de El Dorado, Nevada, Placer, Sacramento, San Joaquín, Sutter, Yolo y Yuba
505 12th St.
Sacramento, CA 95814
(800) 434-0222
(916) 376-8915

Condados de Fresno y Madera
5363 N. Fresno St.
Fresno, CA 93710
(559) 224-9117

Condado de Humboldt
333 J St.
Eureka, CA 95501
(707) 444-3000

Condados de Imperial y San Diego
5151 Murphy Canyon Rd., Ste. 110
San Diego CA 92123
(858) 565-8772; oficina de San Diego
(760) 353-0223; oficina de Imperial

Condados de Inyo, Mono, Riverside y San Bernardino
2280 Market St., Ste. 140
Riverside, CA 92501
(909) 256-8369

Condado de Kern
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93301
(661) 868-1000

Condados de Kings y Tulare
3350 W. Mineral King
Visalia, CA 93291
(559) 713-2875
(800) 434-0222

Condados de Lake, Marin, Mendocino, Napa, Solano y Sonoma
1129 Industrial Ave., Ste. 201
Petaluma, CA 94954
(800) 434-0222
(707) 526-4108

Condados de Lassen, Modoc, Shasta, Siskiyou y Trinity
1647 Hartnell Ave., Ste. 8
Redding, CA 96002
(530) 223-0999

Condado de Los Ángeles
4601 Wilshire Blvd., Ste. 160
Los Angeles, CA 90010
(213) 383-4519
Dentro del condado de Los Ángeles:
(800) 824-0780

Condado de Merced
851 West 23rd St.
Merced, CA 95340
(209) 385-7550

Condado de Monterrey
247 Main St.
Salinas, CA 93901
(831) 655-1334

Condado de Orange
2 Executive Circle, Ste. 175
Irvine, CA 92614
(714) 560-0424

Condados de San Benito y Santa Cruz
3333 Soquel Dr., Ste. A
Soquel, CA 95073
(831) 462-5510

Condado de San Francisco
601 Jackson St., 2nd floor
San Francisco, CA 94133
(415) 677-7520

Condados de San Luis Obispo y Santa Bárbara
528 South Broadway
Santa Maria, CA 93454
(805) 928-5663

Condado de San Mateo
1710 S. Amphlett Blvd., Ste. 100
San Mateo, CA 94402
(650) 627-9350

Condado de Santa Clara
3100 De La Cruz Blvd., Ste. 310
San Jose, CA 95054
(408) 350-3200, opción 2

Condado de Stanislaus
3500 Coffee Rd., Ste. 19
Modesto CA 95355
(209) 558-4540

Condado de Ventura
4651 Telephone Rd.
Ventura, CA 93003
(805) 477-7310