

**RESUMEN DE ENROLAMIENTO DEL REPRESENTATE DE VENTAS**

NOMBRE DE TSR: \_\_\_\_\_ REPRESENTANTE DE VENTAS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE APLICANTE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE DR. PRIMARIO: \_\_\_\_\_ ID# DE DR. PRIMARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE MEDICAL GROUP: \_\_\_\_\_

Porfavor circule lo que aplique a usted: Nuevo en Medicare? **SI NO** Tiene Medi-cal el aplicante? **SI NO**

No DE MEDICARE: \_\_\_\_\_ No DE MEDI-CAL: \_\_\_\_\_

Quien estuvo presente al momento de firmar? \_\_\_\_\_

En que locacion le hizo el enrollamiento al aplicante? \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo trabajo con el aplicante? \_\_\_\_\_

¿Cual plan de salud se discutio en la cita? \_\_\_\_\_

Esta el aplicante actualmente con un plan de HMO? **SI NO** si la respuesta es si, cual? \_\_\_\_\_

Yo entiendo que tendre un Dr. Primario y un proceso de referencias a especialistas. \_\_\_\_\_

Yo entiendo los beneficios que ofrece el plan de salud. \_\_\_\_\_

Yo entiendo que medicinas cubiertas por el plan seran entregadas por una red de farmacias. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

Preocupaciones del solicitante si tiene algunas: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS / RECETAS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_