

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:

