



Autorización como derechohabiente con discapacidad

P.O. Box 660044 Dallas, TX 75266-0044
Fax: 312-946-3541

1. Nombre del titular de la póliza (En letra de molde: apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		1a. Datos de Blue Cross and Blue Shield of Texas Número de grupo: _____		Número de asegurado: _____
2. Dirección del titular de la póliza (número, calle, ciudad, estado y código postal)				
3. Nombre del derechohabiente		3a. Fecha de nacimiento del derechohabiente (mes/día/año) / /	3b. Estado marital del derechohabiente <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> divorciado	
3c. Parentesco del derechohabiente con el titular de la póliza		3d. Sexo del derechohabiente <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	3e. Edad del derechohabiente cuando quedó discapacitado:	
4. ¿El derechohabiente está residiendo permanentemente en su hogar? Si su respuesta es "No" , explique. Si necesita más espacio para su respuesta, use el dorso de esta hoja.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Esta persona depende de usted financieramente? Si su respuesta es "Sí" , ¿qué porcentaje usted contribuye financieramente? _____ %				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5a. ¿El derechohabiente aparece como tal en su más reciente declaración federal de ingresos?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿El derechohabiente ha estado empleado?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6a. ¿El derechohabiente está actualmente empleado?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿El derechohabiente recibió cobertura médica a través del programa de pólizas de seguro de su actual empleador inmediatamente antes de cumplir los 26 años?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿El derechohabiente tiene cobertura vigente de Medicare o de alguna otra cobertura médica u hospitalaria? Si su respuesta es "Sí" , proporcione el nombre de la compañía aseguradora y el número de grupo, certificado o acuerdo. Compañía aseguradora _____ Número de grupo, certificado o acuerdo _____				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Al proporcionar la versión original o una copia de esta autorización firmada, permito que cualquier profesional médico, hospital, clínica, otro centro médico o relacionado con la salud, agencia gubernamental u otra persona o firma le proporcione información a Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX), una división de Health Care Service Corporation. Esto podría incluir copias de expedientes con datos sobre el asesoramiento, la atención o el tratamiento médico que se le haya proporcionado al derechohabiente mencionado anteriormente, incluida, sin limitación, la información relacionada con enfermedades mentales, consumo de drogas o alcohol.

Entiendo que dicha información será utilizada por BCBSTX con el propósito de certificar al derechohabiente mencionado como discapacitado con el fin de incluirlo en mi póliza de seguro médico. Entiendo que yo u otro representante autorizado recibiremos una copia de esta autorización si la misma es solicitada.

Esta autorización es válida por un período de dos años y medio, a partir de la fecha en que se firma. Según mi leal saber y entender, afirmo que la información aquí presentada es es correcta.

Firma del titular de la póliza: X _____ **Fecha de la firma:** / /



Certificado médico del derechohabiente con discapacidad

P.O. Box 660044 Dallas, TX 75266-0044
Fax: 312-946-3541

Para: Médico encargado

Número de reclamación:	Paciente:	Número de asegurado:
Fecha de servicios: / /	Nombre del prestador de servicios médicos:	Código de diagnóstico:



Aviso: Cualquier cuota por completar este formulario es responsabilidad del titular de la póliza.

1. ¿El derechohabiente no puede valerse por sí mismo en la actualidad debido a la discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿A partir de qué edad ha existido tal discapacidad continuamente?	<input type="checkbox"/> Desde el nacimiento <input type="checkbox"/> Desde la edad de _____
3. Naturaleza de la discapacidad (Sea tan preciso como sea posible. De lo contrario, podríamos tener que comunicarnos con usted para obtener más información.) Incluya planes de tratamiento médico pasados y actuales. Si necesita más espacio para elaborar su respuesta, use el dorso de esta hoja o adjunte copias de su expediente médico o apuntes de su progreso, si corresponde.	
4. Pronóstico:	

Nombre del médico _____ Grado académico _____
(en letra de molde o a máquina)

Firma del médico: X _____ Fecha de la firma: ____/____/____