

# Continúe su cuidado médico con Humana Healthy Horizons®

Queremos asegurar una transición sin complicaciones a su nuevo plan de Humana. Es importante que continúe recibiendo los servicios necesarios por razones médicas. Humana puede trabajar con usted para ayudarle a manejar sus necesidades de cuidado médico y reunir recursos locales. Contamos con un equipo de profesionales de enfermería, trabajadores sociales y otras personas que trabajarán con usted personalmente.

Complete este formulario y devuélvalo inmediatamente para ayudarnos a saber qué tratamiento y cuidado médico necesita durante los primeros 90 días de su nuevo plan. Utilice el sobre con franqueo pagado adjunto para devolver el formulario completado a **Humana Healthy Horizons, PO Box 14225, Lexington, KY 40512-9995.**

## Marque las casillas que correspondan al cuidado que debe continuar

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cirugía o visitas al hospital que haya planeado después de inscribirse. | <input type="checkbox"/> Tratamiento médico actual.  |
| <input type="checkbox"/> Ayuda con cuidado de la salud en el hogar que ya recibe.                | <input type="checkbox"/> Fecha prevista de parto: (MM/DD/AAAA)   |
| <input type="checkbox"/> Equipo de salud física que ya está utilizando.                          | <input type="checkbox"/> Otras afecciones: _____<br>(Esto no incluye servicios relacionados con farmacia como medicamentos o recetas). |

## Información del afiliado

Nombre completo del afiliado que se inscribe (nombre/segundo nombre/apellido)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono fijo ( )		Teléfono celular o del trabajo: ( )	
Fecha de vigencia de la inscripción (MM/DD/AAAA)		Número de identificación del afiliado que se inscribe (en la tarjeta de identificación)	
Nombre y número de teléfono del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)			
Nombre y número de teléfono del proveedor tratante de la persona que se inscribe			
¿Algo más que quisiera añadir a esta información?		¿Desea que alguien de nuestro Equipo de Coordinación de Cuidado de la Salud se comunique con usted?	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	