



Portico Healthnet  
2925 Chicago Avenue South  
GreenwayLevel Suite 094  
Minneapolis, MN 55407  
651-489-2273

Organization Name \_\_\_\_\_  
Staff Name \_\_\_\_\_  
Address \_\_\_\_\_  
City, State Zip \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_

### **¿Necesita seguro médico?**

#### **Permítenos ayudarle.**

*Si alguien en su familia necesita un seguro médico,  
llene esta forma y Portico Healthnet le contactará.*

Yo autorizo a \_\_\_\_\_ a ceder a Portico Healthnet la información escrita abajo para que asistan a mí y mi familia en establecer o mantener una inscripción en un plan médico.

Entiendo que Portico Healthnet utilizará esta información con el propósito único de ayudarme en establecer y/o mantener una inscripción en un plan médico para mí y mi familia. Portico no compartirá mi información sin mi permiso y la mantendrá segura y privada.

Ésta cedula será en efecto por un año desde la fecha de hoy. Entiendo que yo puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento, sin embargo, no se aplica a la información que ya haya sido compartida.

### **Sí, me gustaría ayuda para buscar un plan médico:**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Nombre del/de la guardián o padre (menores de 18 años) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad y código postal \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Número de adultos en la familia \_\_\_\_\_

Número de niños en la familia \_\_\_\_\_

Idioma preferido \_\_\_\_\_ ¿Necesita interprete?  Sí  No

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El cliente ha dado su consentimiento verbal.

**Envíe por fax a 651-603-5101**

O envíe por nuestro sistema seguro para subir documentos en:  
[porticohealthnet.sendsafely.com/dropzone/sendsafely](http://porticohealthnet.sendsafely.com/dropzone/sendsafely)