



Portico Healthnet
1600 University Ave W Suite 211
Saint Paul MN 55104
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*