



MEMPHIS Plan Información del DEPENDIENTE

Empleador/Trabajador Independiente/MP Directo: _____
(Circule uno) Participante: _____

INFORMACION SOLAMENTE del DEPENDIENTE

Nombre: _____ Género: Masculino ___ Femenino ___
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Relación: esposo(a)/hijo(a)/otro _____ No. de Seguro Social SSN: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Sí ___ No ___ ¿Tiene un seguro médico a terceros?

Sí ___ No ___ ¿Está en tratamiento o en un tratamiento recomendado por un médico o dentista para cualquier enfermedad o condición dental?
En caso afirmativo, explique _____

Sí ___ No ___ ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?

(Marque las que correspondan) Esclerosis Múltiple Lupus Sistémico VIH / SIDA
 Hepatitis C ALS (Enfermedad de Lou Gehrig) Cáncer
 Otros (explique) _____

Nombre: _____ Género: Masculino ___ Femenino ___
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Relación: esposo(a)/hijo(a)/otro _____ No. de Seguro Social SSN: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Sí ___ No ___ ¿Tiene un seguro médico a terceros?

Sí ___ No ___ ¿Está en tratamiento o en un tratamiento recomendado por un médico o dentista para cualquier enfermedad o condición dental?
En caso afirmativo, explique _____

Sí ___ No ___ ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones?

(Marque las que correspondan) Esclerosis Múltiple Lupus Sistémico VIH / SIDA
 Hepatitis C ALS (Enfermedad de Lou Gehrig) Cáncer
 Otros (explique) _____

Firma del Participante _____ Fecha _____
Firma del Empleador _____ Teléfono: _____ Fecha _____