

MEMBER INFORMATION

Name:		Email:	
Phone:	Alternate Phone:	Best time to call:	AM PM
Current address:			
City:		State:	ZIP code:
Employer:	Health Plan ID (HPID)*:	Date of Birth:	M F

*Your HPID number is located on your medical ID card

HEALTH MANAGEMENT PROGRAMS

Check the program(s) to enroll in:

☐ Diabetes ☐ Hypertension ☐ Mom-to-Be ☐ Nicotine Cessation ☐ Weight Management

**HEALTH INFORMATION
ONLY REQUIRED IF INFORMATION HASN'T BEEN SUBMITTED IN THE LAST 12 MONTHS.**

Member Height	Member Weight:	Last blood sugar level:	Last blood pressure results:
---------------	----------------	-------------------------	------------------------------

MOM-TO-BE PROGRAM

Estimated delivery date:	Current weeks pregnant:
--------------------------	-------------------------

Please check the box and sign below:

☐ I understand that I am signing up for a Health Management program(s) as checked off above administered by Pinnacle Health Management. I understand that the sole focus of this program is to assist me in managing my condition(s).

Signature of member:

Date:

Please sign below (required):

I understand that this authorization is voluntary and represents my personal intentions and that federal law allows Pinnacle Health Management to release my personal health information (PHI) as part of the payment of claims or as part of its daily operations to the extent minimally necessary. I also understand that Pinnacle Health Management may need to disclose my PHI to others outside of Pinnacle Health Management for the purpose of providing services related to my specific plan. As a result, I authorize Pinnacle Health Management to disclose my PHI as provided by law and in accordance with the standards established in the Health Insurance Portability Accountability Act (HIPAA).

Your health information and participation in the Pinnacle Health Management Program is strictly confidential. Your information is only shared with those designated health care professionals who are a part of your treatment plan.

Signature of member:

Date:

Please fax this completed form to Pinnacle Health Management at (949) 202-0773.

or Email to: clinicasierravistahm@pinnacletpa.com

INFORMACION DEL MIEMBRO

Nombre:		Correo electrónico:	
Teléfono:	Teléfono alterno:	Mejor hora para llamarle:	AM PM
Dirección actual:			
Ciudad:		Estado	Código postal:
Empleador:	Identificación de plan de Salud (HPID)*:	Fecha de nacimiento:	M F

Su número de HIPD se encuentra en su tarjeta de identificación médica

PROGRAMAS DE CONTROL DE SALUD

Indique el o los programas en los que desea inscribirse:

☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Programa para futuras mamás ☐ Cese de la nicotina ☐ Control de peso

INFORMACION DE SALUD

SOLO SE REQUIERE SI LA INFORMACIÓN NO SE HA ENVIADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.

Estatura del miembro:	Peso del miembro:	Último nivel de azúcar en la sangre:	Últimos resultados de la presión arterial:
-----------------------	-------------------	--------------------------------------	--

PROGRAMA PARA FUTURAS MAMÁS

Fecha estimada de parto	Semanas de embarazo actuales:
-------------------------	-------------------------------

Marque la casilla y firme a continuación:

☐ Entiendo que me estoy inscribiendo en los programas de control de salud indicados anteriormente administrados por Pinnacle Health Management. Entiendo que el enfoque principal de este/estos programa(s) es ayudarme a controlar mis afecciones.

Firma del miembro:

Fecha:

Por favor firme abajo (requerido):

Entiendo que esta autorización es voluntaria y representa mis intenciones personales y que la ley Federal permite a Pinnacle Health Management revelar mi información de salud personal (PHI por sus siglas en Inglés) como parte del pago de reclamaciones o como parte de sus operaciones diarias en la medida mínima necesaria. También entiendo que Pinnacle Health Management puede necesitar revelar mi PHI a otros fuera de Pinnacle Health Management con el fin de proporcionar servicios relacionados con mi plan específico. Como resultado de ello, autorizo a Pinnacle Health Management para revelar mi PHI según lo dispuesto por la ley y de acuerdo con las normas establecidas en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

Su información de salud y participación en el Programa de Manejo de Salud de Pinnacle es estrictamente confidencial. Su información únicamente se comparte con los profesionales de atención de salud designados y que son parte de su plan de tratamiento.

Firma del miembro:

Fecha:

Envíe por fax este formulario completado a (949) 202-0773.

O Correo electrónico: clincasierravistahm@pinnacletpa.com