



Promise Health Plan

Formulario de interés del Comité de Asesoría Comunitaria y del Comité de Mejora de la Calidad e Igualdad en Salud de Blue Shield of California Promise Health Plan

Complete este formulario de interés si desea sumarse o conocer más sobre el Comité de Asesoría Comunitaria y el Comité de Mejora de la Calidad e Igualdad en Salud.

Fecha:	
Nombre:	
Número de teléfono:	
Correo electrónico:	
¿Qué comité le interesa?	<input type="checkbox"/> Comité de Asesoría Comunitaria <input type="checkbox"/> Comité de Mejora de la Calidad e Igualdad en Salud <input type="checkbox"/> Ambos
Indique cuál de las siguientes opciones lo describe:	<input type="checkbox"/> Miembro de Blue Shield Promise <input type="checkbox"/> Padre/madre/cuidador de un miembro de Blue Shield Promise <input type="checkbox"/> Proveedor contratado de Blue Shield Promise <input type="checkbox"/> Representante de una organización comunitaria <input type="checkbox"/> Otro: (especificar)
¿Cómo supo de los comités?	<input type="checkbox"/> Personal de Blue Shield Promise <input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Proveedor médico <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Guía para los Miembros <input type="checkbox"/> Centro Comunitario de Recursos de L.A.Care y Blue Shield Promise <input type="checkbox"/> Página web <input type="checkbox"/> Otro: (especificar)
¿Qué le interesa acerca de los comités? (marque todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> Quiero expresar mis ideas y/o compartir mis experiencias para ayudar a Blue Shield Promise a desarrollar y mejorar sus programas y servicios. <input type="checkbox"/> Quiero obtener más información sobre Blue Shield Promise para poder transmitirla a mis amigos y familiares. <input type="checkbox"/> Quiero asesorar a la Junta Directiva de Blue Shield Promise. <input type="checkbox"/> Otro: (especificar)
Háblenos sobre usted y cuéntenos otros motivos por los que quisiera participar en el comité.	

Puede obtener este documento de manera gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Los miembros del condado de San Diego pueden llamar al (800) 699-5557 (TTY: 711) y los miembros del condado de Los Ángeles pueden llamar al (800) 605-2556 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. La llamada es gratuita.

Blue Shield of California Promise Health Plan tiene un contrato con L.A. Care Health Plan para brindar servicios de atención administrada de Medi-Cal en el condado de Los Ángeles.