

TRS-ACTIVECARE INSCRIPCIÓN



EMPLEADO ACTUALMENTE INSCRITO CON TRS-
ACTIVECARE:
ACCEDER A LA INSCRIPCIÓN DE WELLSYSTEMS
PORTAL PARA ACTUALIZAR LA MATRÍCULA

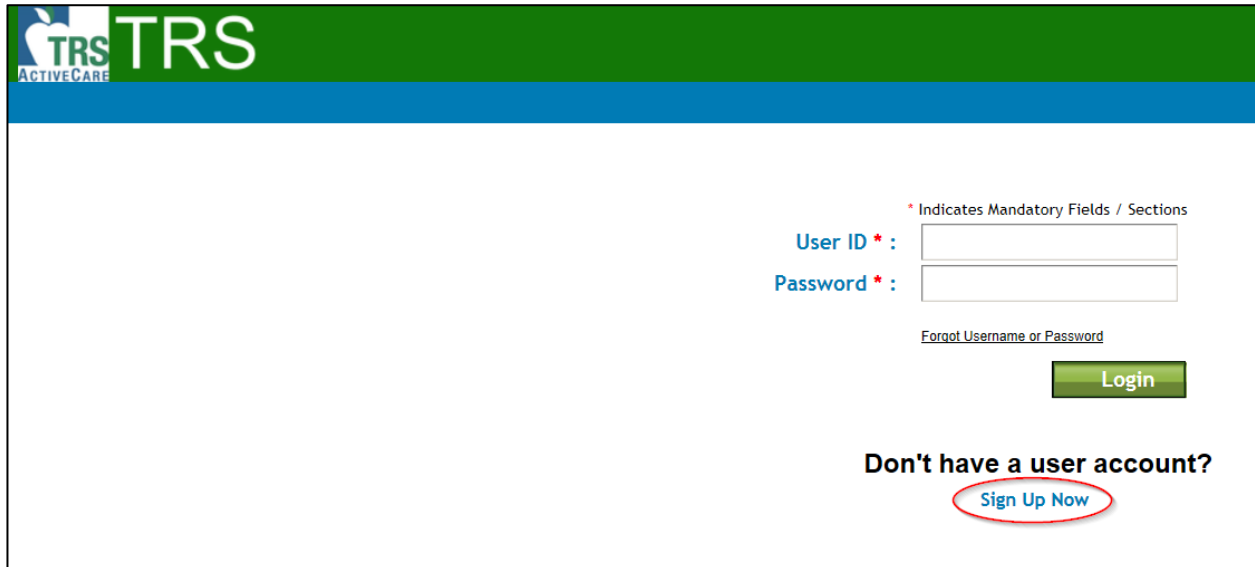
INSTRUCCIONES GENERALES

Bienvenido al portal de inscripción WellSystems. Usted va a utilizar este portal para completar su inscripción anual, con la posibilidad de actualizar su información personal, añadir o eliminar dependientes de la cobertura y cambiar su plan o tipo de cobertura. Hay algunas cosas que debe saber antes de empezar:

1. En el portal hay ciertos campos que tienen un asterisco rojo. Estos son obligatorios. Si no se llena la información en el portal no le permiten avanzar para completar el proceso de inscripción. Otros campos de información no tienen un asterisco y son voluntarias, pero mejorará la capacidad de servicio de Aetna y sus medicinas (por ejemplo, los números de teléfono).
2. El primer paso que tendrás que hacer una vez que usted haya alcanzado el portal es el registro. Tendrá que introducir información muy básica que le permitirá al sistema para que coincida con la información que hemos recibido de Blue Cross and Blue Shield. Si te reconocen, el portal le mostrará toda la información que disponemos en nuestros archivos relacionados con la inscripción actual.
3. El segundo paso será establecer un perfil de seguridad. Esto es importante para proteger su información y para asegurarse de que usted, el administrador de beneficios y WellSystems son las únicas personas que tienen acceso a su información.
4. Una vez que haya configurado su perfil de seguridad, el portal le pedirá que firme sobre la utilización de su nombre de usuario y contraseña. Usted está listo para completar su inscripción.
5. Por favor, tenga en cuenta que usted es capaz de "guardar y continuar" o "guardar y salir" una vez que hayas firmado. "Guardar y continuar" significa que usted haya terminado de comprobar y/o cambio de la información y desea mover. "Guardar y salir" le permite guardar cualquier trabajo que ha completado y terminar más tarde. Por ejemplo, si desea comprobar la Guía de inscripción o revisar los proveedores es posible que desee guardar su trabajo y volver más tarde.
6. Usted debe ver la información acerca de usted y, si tiene dependientes cubiertos previamente, sus dependientes. Por favor, lea esta información para asegurarse de que es actual y precisa. Si no es así, simplemente cambia la información en el cuadro en el que encuentra una inexactitud.
7. Después de verificar la información sobre usted y sus dependientes, usted será proporcionado con los planes que usted es elegible para escoger o "suspender" cobertura. "Suspender" significa que usted no desea matricularse en alguno de los planes que se ofrecen. Debe elegir al menos una cobertura o renunciar.
8. Como paso final en el proceso de inscripción puede imprimir la confirmación de su elección y debe firmar la inscripción por vía electrónica en su nombre completo y la fecha en que se introduce su nombre.

Empleado actualmente matriculados con TRS Beneficios: Acceso al Portal de Inscripción WellSystems

- A. Ir a: <https://www.wellsystems-mesa.com/TRS>
- B. Haga clic en el enlace Registrarse ahora



TRS ACTIVECARE

* Indicates Mandatory Fields / Sections

User ID * :

Password * :

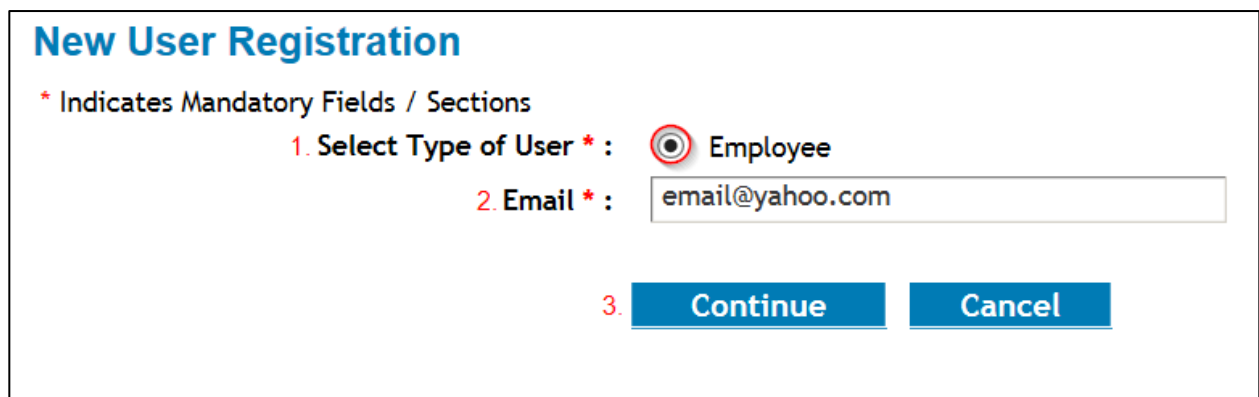
[Forgot Username or Password](#)

Login

Don't have a user account?

[Sign Up Now](#)

- C. Seleccione el tipo de usuario:
 1. Seleccione el botón de radio círculo (ronda) para los empleados.
 2. Entre su dirección de correo electrónico que desea utilizar para la inscripción. Si no tiene una dirección de correo electrónico, por favor, consulte las instrucciones de configuración de una cuenta de correo electrónico al final de este documento.
 3. Haga clic en Continuar



New User Registration

* Indicates Mandatory Fields / Sections

1. Select Type of User * : Employee

2. Email * :

3.

- D. En la nueva página de registro de usuario:
1. Introduzca su número del seguro social. Usted no tendrá que introducir los guiones entre los números.
 2. Introduzca su nombre
 3. Introduzca su apellido.
 4. Introduce tu fecha de nacimiento (formato DD/MM/AAAA, o haga clic en el calendario que le ayudará a introducir tu fecha de nacimiento).
 5. Haga clic en Continuar para ir al siguiente paso.

New User Registration
* Indicates Mandatory Fields

CREDENTIALS

1. Social Security Number * :

2. First Name :

3. Last Name * :

4. Date of Birth * :

5.

- E. En el Registro de Nuevo Usuario - registros coincidentes página:
1. Si la información es mostrada, haga clic en el botón de radio que aparece junto a su registro. Esto significa que tenemos la mayor parte de su información y puede continuar con la inscripción.
 2. Haga clic en Continuar

New User Registration - Matching Records

Information
System has found one record. If this is the correct one, please click "Continue" button.

Matching Record(s)

	Block of Business	Benefits Administrator	Location	Name	Address
1. <input checked="" type="radio"/>	ELEC1	BAND1	N/A	Heather Binks *****45a12	

2.

- F. En la página de seguridad:
1. Introduzca su nombre.
 2. Introduzca su apellido.
 3. Crear un nombre de usuario (que se identifique con el nombre de usuario al iniciar sesión en el sistema).
 4. Introduzca una contraseña (La contraseña debe tener un mínimo de 6 caracteres, con al menos un número o un carácter especial. Ejemplo: Pa\$\$w0rd).
 5. Vuelva a introducir la contraseña para confirmar. Si la segunda entrada no coincide, el portal le pedirá que vuelva a intentarlo.
 6. Seleccione una pregunta de seguridad. (Si se le olvida la contraseña del portal le hará la pregunta y si la respuesta es correcta, le permitirá establecer una nueva contraseña.)
 7. Introducir la Respuesta de Seguridad. Si se te olvida, la respuesta tendrá que coincidir con esta una para poder recibir la contraseña temporal.
 8. Haga clic en Continuar para seguir con el proceso de inscripción.

New User Registration - Security

* Indicates Mandatory Fields

User name & Password

1. First name * :

2. Last name * :

3. User name * :

4. Password * :

5. Confirm Password * :

Security Question *

6. Security Question * :

7. Security Answer * :

8.

- G. En la página de Resumen de Autorización Electrónica firma, verifica la información. En caso de que la información es correcta, utilice los botones de editar para corregir la información.
1. Introduzca su nombre y apellido.
 2. Compruebe la fecha de la firma.
 3. Haga clic en Continuar.

New User Registration - Summary

* Indicates Mandatory Fields

Credentials

Benefits Administrator : D0577
Social Security Number : 987456977
First Name : Steve
Last Name : Cook
Date of Birth : 07/08/1972

[Edit](#)


Security Question

Security Question : In what city were you born? (Enter full name of city only)
Security Answer : Tampa

[Edit](#)

Electronic Authorization Signature

1. First and Last Name * :

2. Date * : 

3. [Continue](#) [Cancel](#)

- H. Final de Confirmación, le llevará a la página de inicio de sesión para alquiler completo nueva inscripción.

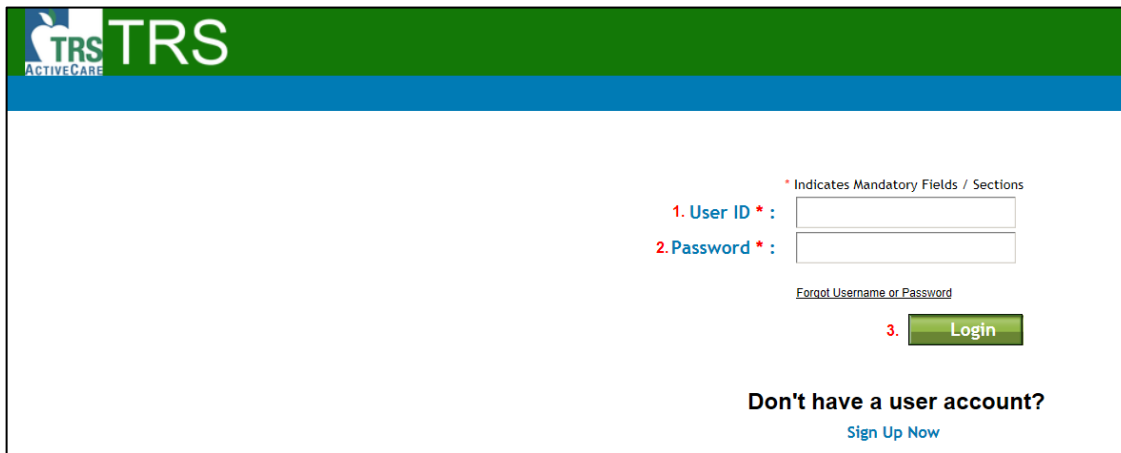
Confirmation

Congratulations!
You have been successfully registered.

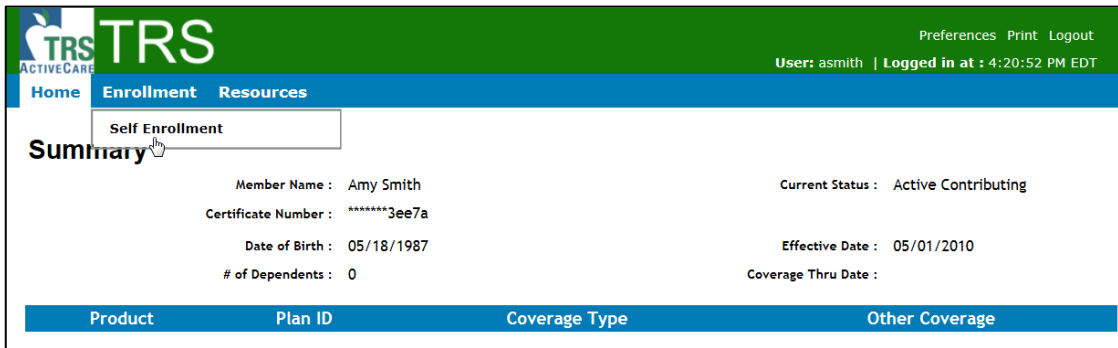
[Go To Login Page](#)

Ahora que se ha registrado en el Portal de Inscripción WellSystems, usted puede entrar a ver y realizar cambios a su inscripción.

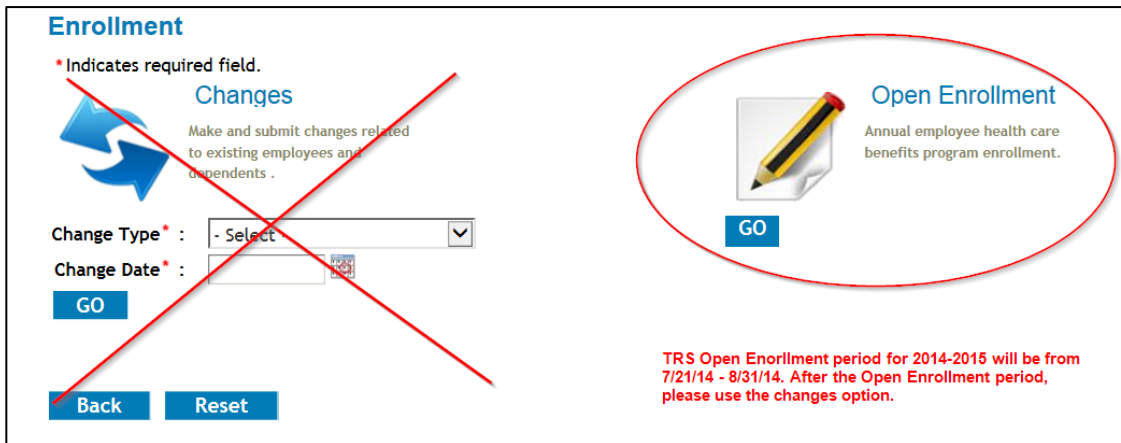
- I. Inicie sesión en el Portal de Inscripción WellSystems:
 - 1. Introduzca su ID de usuario (el nombre de usuario que acaba de crear).
 - 2. Introduzca su contraseña
 - 3. Haga clic en el botón de Inicio



- J. Cuando se inicia la sesión con su nombre de usuario y la contraseña, aparecerá en la siguiente pantalla, usted puede verificar su información y hacer los cambios para su inscripción. En la sección de Recursos, encontrará información importante, incluyendo la Guía de inscripción, formularios como Split Premium, y enlaces para Aetna y medicinas.
- K. para revisar la precisión de la información, añadir o cambiar información dependientes y/o para confirmar o hacer cambios en su cobertura:
 - 1. Seleccionar "inscripción" en el desplegable Inscripción.



- 2. Usted sera proporcionado con dos opciones en la siguiente pantalla. HAZ CLIC EN INSCRIPCIÓN ABIERTA. Que se inicie el proceso de inscripción anual.



- L. Ahora podrá ver su información sobre el empleado, es muy importante que revise la información cuidadosamente y asegúrese de que es correcta. Si la información es exacta, no es necesario hacer nada pero "Guardar y continuar" en la parte inferior. Si alguna información no es correcta, cambie la información introduciendo la información correcta en la caja. Usted debe revisar todas las características siguientes:
1. Su primer nombre.
 2. Su apellido.
 3. Su dirección de correo electrónico.
 4. El género (masculino o femenino).
 5. Su número del seguro social.
 6. Su fecha de nacimiento.
 7. Tu carrera (por favor elija una de las opciones del menú o seleccione "otro").
 8. Confirme el idioma (por favor elija una de las opciones del menú o seleccione "otro").
 9. Confirmar el estado..
 - a. Activos Colaboradores: seleccione este estado si están contribuyendo a la TRS plan de jubilación.
 - b. Trabajo activo: seleccione este estado si usted es empleado por un distrito participante de 10 o más horas programadas regularmente cada semana.
 - c. Sólo Facturación - Split: si usted y su cónyuge son TRS empleados que trabajan en los distintos distritos, y usted está en la lista como un dependiente en su cónyuge la inscripción, seleccione "Sólo Facturación - Split" en su estado, y el descenso en el paso N cobertura (Elecciones).
 - d. Disminuido: Seleccione este estado si están disminuyendo. En el paso (Página de resumen) se le pedirá un motivo necesita cobertura renuncia.
 10. Su dirección de correo.
 11. La dirección del domicilio, o seleccione la casilla de verificación "Igual que el anterior" si su domicilio es el mismo que su dirección de correo.
 12. Proporcione su información de contacto como su casa, en el trabajo o números de teléfono móvil. Esto permitirá que Aetna, medicinas o los planes HMO para contactar con usted si es necesario.
 13. Su estado civil.
 14. Confirmar cobertura de Medicare.
 - a. no seleccione Medicare si no tiene cobertura de Medicare.
 - b. Seleccione Medicare A y D primaria si tiene cobertura de hospital y prescripción.
 - c. Seleccione Medicare A, B y D primaria si tiene cobertura de hospital, médico y prescripción.
 - d. Seleccione Medicare B y D primaria si tiene cobertura médico y prescripción.
 - e. Seleccione Medicare D primaria si tiene cobertura receta solamente.
 - f. Seleccione Medicare parte A primaria si tiene cobertura de hospital solamente.
 - g. Seleccione Medicare parte A y B primaria si tiene cobertura de hospital y médico solamente.
 - h. Seleccione Medicare parte B primaria si su dependiente tiene cobertura médico solamente.
 - i. Seleccione Medicare desconocida, si no sabes qué cobertura de Medicare usted tiene.
 - j. Seleccione otra cobertura si usted tiene alguna otra cobertura de Medicare no enumerados anteriormente.
 15. Soporte Código: esta se autocompletarán con "TRSAC". Si este cuadro está vacío, escriba TRSAC.
 16. ¿Tiene otro seguro: por defecto será "no" automáticamente. Si usted tiene otro seguro médico, seleccione "sí", seleccione el tipo de seguro, y añadir el soporte (compañía de seguros), número de grupo y número de póliza de su tarjeta de identificación para los otros seguros.
 17. Haga clic en Guardar y continuar para acceder a la página dependientes.

Employee Information

You are continuing an incomplete Life Event enrollment. If you wish to cancel it, you can cancel the enrollment and start over.

Employee Information

Dependent Information

Plan Elections

Supplemental

Review

Complete

* Indicates Mandatory Fields / Sections

Employee Information for Plan Period : 07/02/2014

1. First Name :
Middle Name :
2. Last Name :
Suffix :

3. Email :

4. Gender : Female

5. Employee Social Security Number :

6. Date of Birth :

Age : 27

7. Race :

8. Language :

9. Status * :

-- Select --
Active Contributing
Active Working
Billing Only - Split
Cobra
Declined

10. Mailing Address

Address Line 1 :

Address Line 2 :

Address Line 3 :

Postal Code :

City :

State :

County :

Country * : (Mandatory if Address is entered)

11. Residence Address Same as above

Address Line 1 :

Address Line 2 :

Address Line 3 :

Postal Code :

City :

State :

County :

Country * : (Mandatory if Address is entered)

12. Home Phone :

Work Phone : Work Ext 1 :

Mobile Phone :

Employment Begin :

13. Marital Status :

14. Medicare Coverage Type * :

15. Bracket Code * :

-- Select --
No Medicare
Medicare A and D Primary
Medicare A, B and D Primary
Medicare B and D Primary
Medicare D Primary
Medicare Part A Primary
Medicare Part A and B Primary
Medicare Part B Primary
Medicare Unknown
Other Coverage

Other Insurance

16. Do You Have Other Insurance? : Yes No

17.

M. ficha dependiente

Es muy importante listar todos sus dependientes, incluso aquellos que no desea cobertura, en la página de las elecciones, usted será capaz de elegir quién y como serían cubierto, y quién podrá renunciar a la cobertura.

Si no tienes dependientes "No desea ni necesita cubrir dependientes", en la parte superior o inferior de la página y "Guardar y continuar" para pasar a la página de Plan de elecciones.

Si tiene dependientes, usted debe revisar y confirmar que toda la información es correcta para cada uno de sus dependientes. Habrá una pantalla por cada dependiente:

1. nombre de sus dependientes.
2. apellido del su dependiente.
3. dirección de su dependiente de correo electrónico (puede ser diferente de su correo electrónico si el dependiente es mayores de 18)
4. género del su dependiente.
5. Seleccione un código de relación mediante el uso de la mirada encima de la función (haga clic en el icono de espejo).
6. verificar o introduzca el número de Seguridad Social de sus dependientes.
7. Introduzca fecha de nacimiento de cada dependiente (formato DD/MM/AAAA, o utilice el icono de calendario).
8. Seleccione raza (elija una opción del menú o elegir a "otro").
9. Seleccione idioma (Pick y la opción del menú o elija "otros").
10. Confirme el estado (esta condición será igual a la situación del empleado).
 - a. contribuir activo: Seleccione esta condición si usted está contribuyendo a la jubilación TRS.
 - b. activo trabajo: Seleccione este estado si está empleado por un distrito de participante durante 10 o más regularmente horas cada semana.
 - c. facturación sólo - Split: Si usted y su cónyuge son ambos TRS empleados trabajando en distintos barrios, y figuran como dependiente en la inscripción de su cónyuge, seleccione "Facturación sólo – Split" como su estatus y rechazar la cobertura en el paso N (página de las elecciones).
 - d. disminuido: Seleccione esta condición si se está disminuyendo la cobertura. En el paso O (Resumen página) se te pedirá por una razón que renuncias a la cobertura.
11. Dirección: esto se completan automáticamente con la dirección del empleado. Si su dependiente no vive con usted (por ejemplo, si su hijo está en la Universidad, o vive con otro padre), cambia la información de dirección.
12. Ingrese la dirección de la residencia de sus dependientes, o seleccione la casilla de verificación "Mismo como arriba" Si la dirección de la residencia de sus dependientes es el mismo como su dependiente de la dirección de correo.
13. Introduzca la información de contacto de sus dependientes como su hogar, trabajo y números móviles.
14. Ingrese el tipo de cobertura de Medicare de sus dependientes.
 - a. no seleccione Medicare si su dependiente no tiene cobertura de Medicare.
 - b. Seleccione Medicare A y D primaria si su dependiente tiene cobertura de hospital y prescripción.
 - c. Seleccione Medicare A, B y D primaria si su dependiente tiene cobertura de hospital, médico y prescripción.
 - d. Seleccione Medicare B y D primaria si su dependiente tiene cobertura médico y prescripción.
 - e. Seleccione Medicare D primaria si su dependiente tiene cobertura receta solamente.
 - f. Seleccione Medicare parte A primaria si su dependiente tiene cobertura de hospital solamente.
 - g. Seleccione Medicare parte A y B primaria si su dependiente tiene cobertura de hospital y médico solamente.
 - h. Seleccione Medicare parte B primaria si su dependiente tiene cobertura médico solamente.
 - i. Seleccione Medicare desconocido si no sabes qué cobertura de Medicare para sus dependientes.
 - j. Seleccione otra cobertura si su dependiente tiene otra cobertura de Medicare no enumeradas arriba.
15. tiempo completo estudiante: Esta por defecto en "no". Si su dependiente es un estudiante a tiempo completo, seleccione "Sí" y introduzca el nombre de la escuela y sus horas de semestre.
16. su dependiente tiene otro seguro: esta por defecto en "no". Si su dependiente tiene otro seguro, seleccione "Sí", elija el tipo de seguro y añadir el portador, número de grupo y el número de póliza.
17. Haga clic en guardar y continuar.

Edit Dependent Information

Employee Information

Dependent Information

Plan Elections

Supplemental

Review

Complete

* Indicates Mandatory Fields / Sections

New Dependent Information for Plan Period: 07/02/2014

I do not wish to or need to cover any Dependents

1. First Name * : Steve

Middle Name :

2. Last Name * : Smith

Suffix :

3. Email : SteveSmith@yahoo.com

4. Gender * : Male

5. Relationship Code * : Spouse

6. Dependent Social Security Number : 123123123

7. Date of Birth * : 04/05/1972

8. Race : Caucasian

9. Language : English (American)

10. Status * : Active Contributing

-- Select --
Active Contributing
Active Working
Billing Only - Split
Cobra
Declined

11. Mailing Address

Address Line 1 : 3000 Bayport Dr

Address Line 2 : 745

Address Line 3 :

Postal Code Quick Address : 33607

City : Tampa

State : FLORIDA

County : HILLSBOROUGH

Country * : UNITED STATES (Mandatory if Address is entered)

12. Residence Address Same as above

Address Line 1 : 3000 Bayport Dr

Address Line 2 : 745

Address Line 3 :

Postal Code Quick Address : 33607

City : Tampa

State : FLORIDA

County : HILLSBOROUGH

Country * : UNITED STATES (Mandatory if Address is entered)

13. Home Phone : (555) 555-5555

Work Phone : (555) 555-1111

Work Ext 1 :

Mobile Phone : (555) 555-2222

14. Medicare Coverage Type * : No Medicare

15. Full Time Student : Yes No

-- Select --
No Medicare
Medicare A and D Primary
Medicare A, B and D Primary
Medicare B and D Primary
Medicare D Primary
Medicare Part A Primary
Medicare Part A and B Primary
Medicare Part B Primary
Medicare Unknown
Other Coverage

Other Insurance

16. Do You Have Other Insurance? : Yes No

I do not wish to or need to cover any Dependents

17. Save & Continue

Save & Exit

Reset

Cancel

18. Verifique la página de confirmación para el dependiente.
19. Haga clic en agregar dependiente para agregar otro dependiente.
20. Una vez que haya agregado todos los dependientes, haga clic en Guardar y continuar para acceder a la página Elecciones.

Dependent(s) Information

18. Confirmation!
Record saved successfully

19. [Add Dependent](#)

Dependent(s) Information		
Dependent Name	Relationship	Date of Birth
Steve Smith	Spouse	04/05/1972

20.

N. Sobre las Elecciones ficha:

1. Comprobar el Plan de cobertura que usted quiere. Si la cobertura sera renunciada para usted y a todos sus dependientes, no active la casilla "no quiero elegir ninguno de los planes en la siguiente sección (renunciar) ".
2. Seleccione las opciones de cobertura.
3. Compruebe lo que las personas están incluidos en el plan seleccionado. Si usted hace una lista y no comprueba todos los miembros de la familia, se supone que lo están dejando de aquellos que no se comprueban.
4. Haga clic en Guardar y continuar para acceder a la página de resumen.

Elections

Employee Information
 Dependent Information
 Plan Elections
 Supplemental
 Review
 Complete

Plan Elections for Plan Period : 07/02/2014

Medical Plans I do not wish to elect any of the plans offered in the below section (Waive Coverage)

	Plan Name	Network Choice	Coverage Options	Individuals To Be Covered
1. <input checked="" type="checkbox"/>	ActiveCare 1-HD		2. <input type="text" value="Employee and Spouse"/>	3. <input checked="" type="checkbox"/> Steve Smith <input checked="" type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare 1-HD Split EE-Fam	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare 1-HD Split EE-Sp	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare 2	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare 2 Split EE-Fam	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare 2 Split EE-Sp	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare Select	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare Select Split EE-Fam	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith
<input type="checkbox"/>	ActiveCare Select Split EE-Sp	<input type="text" value="-- Select --"/>		<input type="checkbox"/> Steve Smith <input type="checkbox"/> Amy Smith

4.

P. En la ficha Confirmación:

1. Para imprimir la página de confirmación, haga clic en Imprimir en la esquina superior derecha de la página.

Confirmation

✓ Employee Information
✓ Dependent Information
✓ Plan Elections
✓ Supplemental
✓ Review
Complete

Enrollment Process Complete for Plan Period : 07/02/2014 Print

Employee Information

First Name : Amy	Date of Birth : 05/18/1987	Employee Social Security Number : ****51551
Middle Name :	Age : 27	
Last Name : Smith	Gender : Female	Race : C
	Language : EN	
Suffix :	Status : Active Contributing	
Email : email@yashoo.com		

Residence Address	Mailing Address
Address 1 : 3000 Bayport Dr	Address 1 : 3000 Bayport Dr
Address 2 : 745	Address 2 : 745
Address 3 :	Address 3 :
City : Tampa	City : Tampa
State : FL	State : FL
Zip : 33607	Zip : 33607
County : HILLSBOROUGH	County : HILLSBOROUGH
Country : USA	Country : USA

Home Phone : (555) 555-5555	Work Ext 1 :
Work Phone : (555) 111-2222	
Mobile Phone : (555) 555-1111	

Marital Status : Married	Employment Begin : 05/01/2010
Location :	Medicare Coverage Type : No Medicare
	Enrollment Bracket Code : TRSAC

Other Insurance

Do You Have Other Insurance? : No

Dependent(s) Information

Dependent Name	Relationship	Date of Birth
Steve Smith	Spouse	04/05/1972

Plan Elections for Plan Period : 07/02/2014

Medical Plans

	Plan Name	Network Choice	Coverage Options	Individuals To Be Covered
<input checked="" type="checkbox"/>	ActiveCare 1-HD		Employee and Spouse	Steve Smith Amy Smith

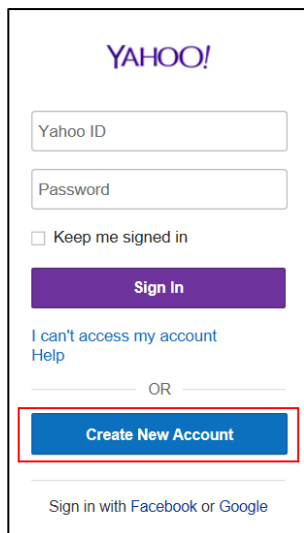
Electronic Authorization Signature

First and Last Name : Amy Smith	Date : 07/14/2014	Date of Change : 07/02/2014
---------------------------------	-------------------	-----------------------------

CREAR UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

Si usted necesita crear una cuenta de correo electrónico, siga estas instrucciones para crear tu propia cuenta de correo electrónico en Yahoo:

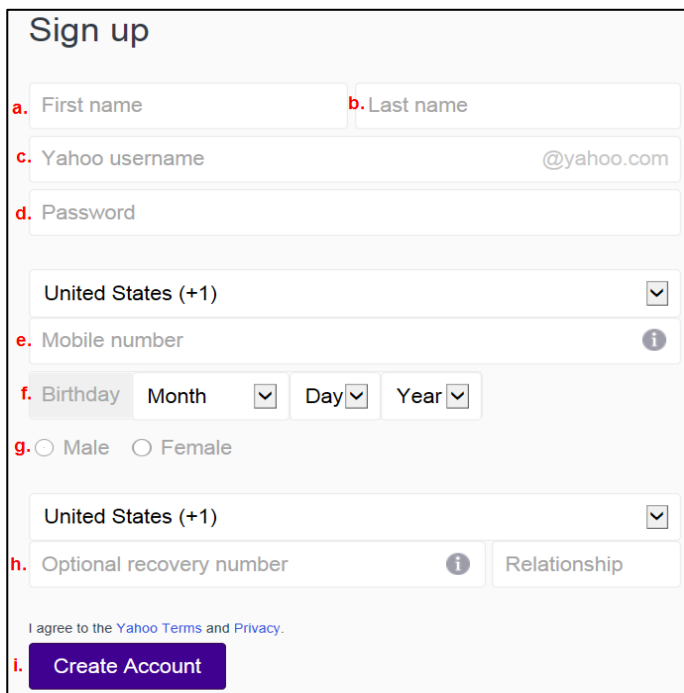
1. Ir a www.yahoo.com.
2. Seleccione el botón "Crear nueva cuenta".



The screenshot shows the Yahoo! sign-in interface. At the top is the 'YAHOO!' logo. Below it are input fields for 'Yahoo ID' and 'Password'. There is a checkbox for 'Keep me signed in' and a purple 'Sign In' button. Below the sign-in button are links for 'I can't access my account' and 'Help'. A horizontal line with 'OR' in the center separates the sign-in section from the 'Create New Account' button, which is a blue button with white text and is highlighted with a red rectangular border. At the bottom, there is a link for 'Sign in with Facebook or Google'.

3. Rellene la página de suscripción.

- a. Introduzca el nombre.
- b. Introduzca el apellido.
- c. Introduzca un nombre de usuario y contraseña. Este será su dirección de correo electrónico, seguida con @yahoo.com.
- d. Crear una contraseña para la cuenta.
- e. Introduzca su número de teléfono.
- f. Introduzca su fecha de cumpleaños.
- g. Seleccione el género.
- h. Introducir un número de recuperación si lo desea.
- i. Seleccione Crear cuenta.



The screenshot shows the 'Sign up' page. The title 'Sign up' is at the top. The form consists of several fields: 'a. First name' and 'b. Last name' (two input fields side-by-side); 'c. Yahoo username' (input field) and '@yahoo.com' (text); 'd. Password' (input field); a dropdown menu for 'United States (+1)'; 'e. Mobile number' (input field with an information icon); 'f. Birthday' (input field) with 'Month', 'Day', and 'Year' dropdown menus; 'g.' with radio buttons for 'Male' and 'Female'; another dropdown menu for 'United States (+1)'; 'h.' with 'Optional recovery number' (input field with an information icon) and 'Relationship' (input field); and 'i.' with a purple 'Create Account' button. At the bottom, there is a link for 'I agree to the Yahoo Terms and Privacy'.