



Nombre del paciente: _____

Fecha: _____ Ubicación de ACS: _____

Página 1 de 2

MEDICARE REQUIERE ESTE FORMULARIO. Si usted tiene Medicare o un plan de reemplazo de Medicare, haga un círculo alrededor de la respuesta correcta a las siguientes preguntas:

Parte I

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está usted recibiendo beneficios por neumoconiosis (BL, por sus siglas en inglés)? | Sí | No |
| a. En caso afirmativo, indique la fecha de inicio de los beneficios: _____ | | |
| 2. ¿Están estos servicios relacionados con neumoconiosis? (¿Está el diagnóstico en la lista del Departamento de Trabajo?) | Sí | No |
| 3. ¿Los servicios serán pagados por un programa/proyecto de investigación del gobierno? | Sí | No |
| a. ¿El DVA ha autorizado y aceptado pagar la atención médica en este centro? | Sí | No |
| 4. ¿Tiene usted derecho a beneficios a través del Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA, por sus siglas en inglés)? | Sí | No |
| 5. ¿La enfermedad/lesión se debió a un accidente/afección relacionada con el trabajo? | Sí | No |

Parte II

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿La enfermedad/lesión se debió a un accidente no relacionado con el trabajo? | Sí | No |
| a. En caso afirmativo, indique la fecha del accidente: _____ | | |
| 2. ¿Está disponible el seguro de no culpabilidad? | Sí | No |
| 3. ¿Existe un seguro de no culpabilidad adicional disponible? | Sí | No |
| 4. ¿Está disponible el seguro de responsabilidad civil? | Sí | No |
| 5. ¿Existe un seguro de responsabilidad civil adicional disponible? | Sí | No |
| a. Proporcione el nombre y la dirección de la(s) compañía(s) de seguro de no culpabilidad y/o de responsabilidad civil y la parte responsable; número(s) de reclamo del seguro: _____ | | |

Parte III

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene usted derecho a Medicare en base a la edad?
(En caso afirmativo , complete la Parte IV) | Sí | No |
| 2. ¿Tiene usted derecho a Medicare en base a discapacidad?
(En caso afirmativo , complete la Parte V) | Sí | No |
| 3. ¿Tiene usted derecho a Medicare en base a enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?
(En caso afirmativo, complete la Parte VI) | Sí | No |

Parte IV – Edad:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está usted trabajando actualmente? | Sí | No |
| a. Si corresponde, indique la fecha de jubilación: Fecha: _____ | | |
| b. Nombre y dirección del empleador actual: _____ | | |
| 2. ¿Tiene usted un cónyuge que actualmente está trabajando? | Sí | No |
| a. Si corresponde, indique la fecha de jubilación del cónyuge: Fecha: _____ | | |

- b. Nombre y dirección del empleador del cónyuge: _____
3. ¿Tiene usted una cobertura de plan de salud colectivo (GHP, por sus siglas en inglés) con base en su empleo actual? Sí No
4. ¿Tiene usted una cobertura de plan de salud colectivo (GHP) con base en el empleo actual de su cónyuge? Sí No
5. Si usted cuenta con cobertura de GHP con base a en su propio empleo actual, ¿su empleador que patrocina o contribuye al GHP emplea a 20 o más empleados? Sí No
6. Si usted cuenta con cobertura de GHP con base en el empleo actual de su cónyuge, ¿el empleador de su cónyuge que patrocina o contribuye al GHP emplea a 20 o más empleados? Sí No
- a. Si usted está cubierto por un GHP, ingrese el nombre, la dirección y la información de la póliza: _____
-

Parte V - Discapacidad:

1. ¿Está empleado actualmente? Sí No
- a. Si corresponde, indique la fecha de jubilación: Fecha: _____
- b. Nombre y dirección del empleador actual: _____
-
2. ¿Tiene usted un cónyuge que actualmente está trabajando? Sí No
- a. Si corresponde, indique la fecha de jubilación: Fecha: _____
- b. Nombre y dirección del empleador actual del cónyuge: _____
-
3. ¿Tiene usted una cobertura de plan de salud colectivo (GHP, por sus siglas en inglés) con base en su empleo actual? Sí No
4. ¿Tiene usted una cobertura de plan de salud colectivo (GHP) con base en el empleo actual de su cónyuge? Sí No
5. ¿Está usted cubierto por un GHP con base en el empleo de un familiar que no sea su cónyuge? Sí No
6. Si usted cuenta con cobertura de GHP con base en su empleo actual, ¿su empleador que patrocina o contribuye al GHP emplea a 100 o más empleados? Sí No
7. Si usted cuenta con cobertura de GHP con base en el empleo actual de su cónyuge, ¿el empleador de su cónyuge que patrocina o contribuye al GHP emplea a 100 o más empleados? Sí No
8. Si usted cuenta con cobertura de GHP con base en el empleo actual de un familiar, ¿el empleador de su familiar que patrocina o contribuye al GHP emplea a 100 o más empleados? Sí No
- a. Si usted está cubierto por un GHP, ingrese el nombre, la dirección y la información de la póliza: _____
-

Parte VI: Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

1. ¿Tiene usted cobertura de GHP con base en su empleo actual o anterior? Sí No
2. ¿Tiene usted cobertura de GHP a través de su cónyuge? Sí No
3. ¿Tiene usted cobertura de GHP a través de un familiar que no sea su cónyuge? Sí No
4. ¿Ha recibido un trasplante de riñón? Sí No
5. ¿Ha recibido tratamiento de diálisis de mantenimiento? Sí No
- a. ¿Ha participado en un programa de capacitación en autodiálisis? Sí No
6. ¿Está dentro del período de coordinación de 30 meses? Sí No
7. ¿Tiene usted derecho a Medicare en base a ESRD y edad o ESRD y discapacidad? Sí No
8. ¿Su derecho inicial a Medicare (incluyendo derecho simultáneo o doble), se basó en ESRD? Sí No
9. ¿Se aplica la disposición del MSP por discapacidad en edad laboral (es decir, el GHP ya es primario en base a la edad o el derecho por discapacidad)? Sí No
- a. Si usted está cubierto por un GHP, ingrese el nombre, la dirección y la información de la póliza: _____
-