

CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA VIUDOS O VIUDAS INCAPACITADOS

NOMBRE

THEODORE PUBLIC

FECHA DE
NACIMIENTO

3/5/1963

NÚMERO DE
MEDICARE

123456789D

INSTRUCCIONES: Esta información será leída por una computadora. Favor de escribir en letra de molde según se indica en el ejemplo. No se salga de los encasillados. Utilice solamente letras MAYÚSCULAS.

Marque con una X los encasillados apropiados. UTILICE TINTA NEGRA O AZUL.

EJEMPLO:

A	B	C			1	2	3		
---	---	---	--	--	---	---	---	--	--

SECCIÓN A - INFORMACIÓN ACERCA DE USTED

1) ¿Se casó usted de nuevo luego de recibir los cheques del Seguro Social?

SI NO (Si responde NO, vaya a la SECCIÓN B)

2) ¿Recibe usted alguna cobertura de salud del patrono para el cual su familiar trabaja actualmente?

SI NO (Si responde NO, vaya a la SECCIÓN B)

3) ¿Cuantos empleados incluyendo su cónyuge, trabajan para el empleador del miembro de su familia?

No sé Más de 100 Menos de 100 (Si Menos de 100, PARE, vaya a la Sección B)

Por favor proporcione información sobre el miembro de su familia, el empleador que el plan provee de salud grupal:

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO FAMILIAR

PRIMER NOMBRE

A M A L I A

APELLIDO

P U B L I C

INICIAL DEL SEGUNDO
NOMBRE

9 8 7

NÚMERO DE SEGURO
SOCIAL DEL FAMILIAR

1 2 - 6 5 4 3

NOMBRE DEL EMPLEADOR

B R A X T O N I N C

DIRECCIÓN

1 3 5 M A I N S T

DIRECCIÓN

CIUDAD

K A L A M A Z O O

ESTADO

M I

CÓDIGO POSTAL

4 9 0 0 6

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL

B L U E H O R I Z O N S

DIRECCIÓN

3 9 0 W E S T M A I N S T

DIRECCIÓN

CIUDAD

K A L A M A Z O O

ESTADO

M I

CÓDIGO POSTAL

4 9 0 1 6

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO

1 2 3

NÚMERO DE PÓLIZA

9 8 7 1 2 6 5 4 3

SECCIÓN A – INFORMACIÓN ACERCA DE USTED – CONTINUACIÓN

4) ¿Ofrece su plan de salud grupal del empleador de su familiar cobertura de recetas médicas?

SI NO (Si responde NO, vaya a la SECCIÓN B)

Use la tarjeta de seguro médico de su familiar para ingresar la información siguiente si está disponible:

Grupo Rx

U T P A S 4 3 2 1

PCN Rx

Identificación del miembro

4 5 6 1 2 9 8 7 6

BIN Rx

6 5 4 3 2 1

SECCIÓN B – MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU PERSONA

- 1) ¿Recibe **Usted** beneficios de **Enfermedad Pulmonar Minera**? SI NO
- 2) ¿Recibe **Usted** beneficios de **Compensación al trabajador**? SI NO
- 3) ¿Está **Usted** recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad en la que otra persona es responsable o que está cubierto por un seguro **sin parte culpable**, seguro de automóvil o de responsabilidad? SI NO

Si respondió **SI** a cualquiera de estas preguntas, vaya a la **SECCIÓN C**.

STOP

Si respondió **NO** a cualquiera de estas preguntas, firme y devuelva esta página solamente.

Su Firma
Theodore Publici

CÓDIGO DE

ÁREA

5 5 5

NÚMERO DE TELÉFONO

1 2 3

4 5 6 7

**CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA VIUDOS O VIUDAS INCAPACITADOS -
CONTINUACIÓN**

NOMBRE THEODORE PUBLIC	FECHA DE NACIMIENTO 3/5/1963	NUMERO DE MEDICARE 123456789D
----------------------------------	--	---

SECCIÓN C – MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU PERSONA – CONTINUACIÓN

1) Si está recibiendo beneficios de **Enfermedad Pulmonar Minera**, indique la fecha en que comenzó a recibirlos.

- -

Mes Día Año

2) Si está recibiendo cualquier servicio médico relacionado a una enfermedad o lesión ocurrida en el lugar de trabajo, por la que USTED ha presentado un reclamo de **Compensación al Trabajador**, indique la fecha de la lesión o enfermedad.

- -

Mes Día Año

Por favor, proporcione información sobre el empleador, empresa de seguro o abogado:

NOMBRE DEL EMPLEADOR

NATIONAL NEWS

DIRECCIÓN

4321 NEWS AVE

DIRECCIÓN

CIUDAD

CINCINNATI

ESTADO

OH

CÓDIGO POSTAL

45202

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGURO

CRAZY PEOPLES INSURANCE CO

DIRECCIÓN

1111 STREET ST

DIRECCIÓN

SALTY LAKE BUILDING

CIUDAD

SALT LAKE CITY

ESTADO

UT

CÓDIGO POSTAL

84125

NÚMERO DE LA PÓLIZA O DE RECLAMO

THEO12345

NOMBRE DEL ABOGADO (Si se aplica)

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN

DAÑAR LA ESPALDA

SECCIÓN C – MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU PERSONA – CONTINUACIÓN

3) Si **Usted** está recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad en la que otra persona es responsable, indique la fecha de la enfermedad o lesión: – –
Mes Día Año

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGURO

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE LA PÓLIZA O DE RECLAMO

NOMBRE DEL ABOGADO (Si se aplica)

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN

4) Si **Usted** está recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad que está cubierto por un seguro **sin parte culpable** o seguro de **automóvil ode responsabilidad**, indique la fecha de la enfermedad o lesión: – –
Mes Día Año

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGURO

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE LA PÓLIZA O DE RECLAMO

NOMBRE DEL ABOGADO (Si se aplica)

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN

Su Firma
Theodore Public

CÓDIGO DE
ÁREA NÚMERO DE TELÉFONO
555 - 123 - 4567

Sample