

**CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS CON  
INCAPACIDADES DE LA NIÑEZ**

NOMBRE <b>THEODORE PUBLIC</b>	FECHA DE NACIMIENTO <b>3/5/1974</b>	NÚMERO DE MEDICARE <b>12345678C1</b>
----------------------------------	--	---

**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 Y SU FAMILIA**

1) ¿Recibe **USTED** alguna cobertura de salud de su empleador o la de un miembro de su familia para el cual usted o el miembro de su familia actualmente trabaja?  
SI  NO  (Si NO, PARE, vaya a la Sección B)

2) ¿Cuántos empleados, incluyendo a usted o su familiar, trabajan para el empleador del que usted recibe los beneficios de salud grupal? No sé  100 o más  Menos de 100   
( si es menos de 100, PARE y vaya a la SECCIÓN B)

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

NOMBRE DEL FAMILIAR <b>JOHN</b>	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE <b>Q</b>	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL FAMILIAR <b>123-45-6789</b>
------------------------------------	--	--

APELLIDO  
**PUBLIC**

PARENTEZCO CON USTED  
**FATHER**

NOMBRE DEL EMPLEADOR  
**BRAXTON INC**

DIRECCIÓN  
**135 MAIN STREET**

DIRECCIÓN

CIUDAD  
**KALAMAZOO**

ESTADO  
**MI**

CÓDIGO POSTAL  
**49006**

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL  
**BLUE HORIZONS**

DIRECCIÓN  
**390 WEST MAIN ST**

DIRECCIÓN  
**SUITE 400**

CIUDAD  
**KALAMAZOO**

ESTADO  
**MI**

CÓDIGO POSTAL  
**49016**

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO  
**123**

NUMERO DE PÓLIZA  
**123456789**

**SECCIÓN A – INFORMACIÓN SOBRE USTED Y SU FAMILIA – CONTINUACIÓN**

- 3) ¿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										PCN Rx										
U	X	P	A	5	4	3	2	1												
Identificación del miembro															BIN Rx					
4	5	6	1	2	9	8	7	6							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.

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



*Su Firma*  
*Theodore Public*

CÓDIGO DE  
ÁREA      NÚMERO DE TELÉFONO  
9 8 7 - 6 5 4 - 3 2 1 0



**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**, 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*         
CÓDIGO DE ÁREA NÚMERO DE TELÉFONO  
  –