

**CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS CON ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL (ESRD)**

<b>NOMBRE</b> JOHN Q. PUBLIC	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b> 5/2/1963	<b>NUMERO DE MEDICARE</b> 123456789A
---------------------------------	--	---

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

Por favor proporcione información sobre su empleador y el plan de salud grupal en los casilleros a continuación:

<b>NOMBRE DEL EMPLEADOR</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>		
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CODIGO POSTAL</b>
<b>NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>		
<b>DIRECCIÓN</b>		
<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>NUMERO DE IDENTIFICACION DE GRUPO</b>		
<b>NUMERO DE PÓLIZA</b>		

2) ¿Ofrece el plan de salud grupal de su empleador cobertura de recetas médicas? **SI**  **NO**   
(Si responde **NO**, vaya a la **SECCIÓN B**)

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

<b>Grupo Rx</b>	<b>PCN Rx</b>
<b>Identificación del miembro</b>	<b>BIN Rx</b>

**SECCIÓN B – INFORMACIÓN SOBRE SU FAMILIAR(ES)**

1) ¿Recibe **USTED** cobertura de salud grupal por medio del empleador de algún miembro familiar, para el cual trabaja en la actualidad o para el cual trabajaba? **SI**  **NO**   
(Si responde **NO**, **PARE** y vaya a la **SECCIÓN C**)

Si responde **SI**, provea información sobre su familiar, el empleador que brinda los beneficios de salud grupal y el plan:

**PRIMER NOMBRE DEL FAMILIAR**

<b>Primer</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>

**SECCIÓN B – INFORMACIÓN SOBRE SU FAMILIAR(ES) - CONTINUACIÓN**

APELLIDO DEL FAMILIAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARENTEZCO CON USTED

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL FAMILIAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL EMPLEADOR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIRECCIÓN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NUMERO DE PÓLIZA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) ¿Ofrece el plan de salud grupal de su cónyuge cobertura de recetas médicas? SI  NO

(Si responde NO, vaya a la SECCIÓN C)

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

Grupo Rx

PCN Rx

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identificación del miembro

BIN Rx

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**SECCIÓN C – 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 D.

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



Su Firma  
John Q. Public

CÓDIGO DE

AREA

NÚMERO DE TELÉFONO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**SECCIÓN D – 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  
  –