

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

NOMBRE JOHN Q. PUBLIC	FECHA DE NACIMIENTO 5/2/1963	NUMERO DE MEDICARE 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:

NOMBRE DEL EMPLEADOR

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

NUMERO DE IDENTIFICACION DE GRUPO

NUMERO DE PÓLIZA

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:

Grupo Rx PCN Rx

Identificación del miembro BIN Rx

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

Primer Inicial del segundo nombre

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

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

SECCIÓN D – 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

--

DIRECCIÓN

--

DIRECCIÓN

--

CIUDAD

--

ESTADO

--

CÓDIGO POSTAL

--

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

--

--

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
 –