

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

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

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 JOHN	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE Q	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL FAMILIAR 123-45-6789
------------------------------------	--	--

APELLIDO
PUBLIC

PARENTEZCO CON USTED
FATHER

NOMBRE DEL EMPLEADOR
BRAXTON INC

DIRECCIÓN
135 MAIN STREET

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
KALAMAZOO MI 49006

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL
BLUE HORIZONS

DIRECCIÓN
390 WEST MAIN ST

DIRECCIÓN
SUITE 400

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL
KALAMAZOO MI 49016

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO
123

NUMERO DE PÓLIZA
123456789

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
 –