



Mary Washington Healthcare

Cuestionario de pagador secundario de Medicare

- Si** **No**
- ¿Está recibiendo beneficios por concepto de la enfermedad del pulmón negro?
Fecha de inicio de los beneficios: _____
- ¿Están relacionados estos servicios con la enfermedad del pulmón negro?
- ¿Esta visita está relacionada con una lesión/enfermedad laboral?
Si el paciente response que SÍ, conteste las siguientes preguntas.
Fecha de la lesión _____
Plan de compensación para trabajadores _____
Número de póliza/identificación _____
Empleador _____
- ¿Esta visita está relacionada con un accidente no relacionado con el trabajo?
Si el paciente response que SÍ, conteste las siguientes preguntas.
Tipo de accidente: Automovilístico No automovilístico
Fecha del accidente _____
¿Hay seguro de No Culpabilidad disponible? ***Haga una copia de la información provista.
¿Hay seguro de responsabilidad civil? *** Haga una copia de la información provista.
- ¿Es usted idóneo para obtener Medicare debido a su edad?
- ¿Es usted idóneo para obtener Medicare debido a una discapacidad?
- Tiene cobertura de plan de salud grupal (GHP) basado en su propio empleo actual, el de su cónyuge o por el empleo actual de un miembro familiar?
- ¿Tiene cobertura de plan de salud grupal (GHP) en función de su propio empleo actual?
- ¿El empleador que patrocina su plan de salud emplea a 100 personas o más?

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

CONTINUE TO BACK SHEET

CONTINÚE EN LA PÁGINA OPUESTA

CONTINUACIÓN DE LA PÁGINA 1

- ¿Tiene cobertura de plan de salud grupal (GHP) según el empleo actual de su cónyuge?
- ¿El empleador que patrocina su plan de salud emplea a 100 personas o más?

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

- ¿Es usted idóneo para obtener Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal?

*Si el paciente responde que **SÍ**, conteste las siguientes preguntas.*

- | Si | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha recibido un trasplante de riñón?
Fecha del trasplante: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha recibido tratamientos para el mantenimiento de la diálisis?
Fecha de inicio de la diálisis: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Participa en un programa de entrenamiento en auto diálisis?
Fecha en que inició el entrenamiento: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está dentro del periodo de coordinación de 30 meses? |

Nombre de la-s persona-s que responde-n este cuestionario: _____

Relación con el paciente: _____

¡GRACIAS POR SU COLABORACION!

THANK YOU FOR YOUR ASSISTANCE!!