

Esta información se utilizará para encontrar el plan que mejor califica para satisfacer sus necesidades y que brinda los servicios que usted requiere para tener una vida saludable y activa. Asegúrese de llenar el formulario tan detalladamente como sea posible.

Nombre:		Apellido:		
Número de la dirección y nombre de la calle:		Ciudad:	Estado: Código postal:	
Número de teléfono:	☐ Celular ☐ Teléfono de casa	Correo electrónico:		Fecha de nacimiento:
Nº de identificación de Medicare:	Nº de identificación de Medi-Cal/ Medicaid (si fuese aplicable):		Estado que le provee Medi-Cal/ Medicaid:	
Grupo médico asignado:				
Nombre del/de la médico de atención primaria:		Dirección del/de la médico de atención primaria:		
Nombre del consultorio dental:		Dirección del consultorio dental:		
Por favor, enumere todos los médicos adicionales que lo(a) están atendiendo actualmente:				
Nombre del/de la médico:		Especialidad (por ejemplo: cardiólogo(a)):		
¿Tiene alguna de las siguientes condiciones crónicas?				
1. Insuficiencia cardíaca congestiva: ☐ Sí ☐ No		4. Enfermedad vascular periférica: ☐ Sí ☐ No		
2. Enfermedad de las arterias coronarias: ☐ Sí ☐ No		5. Trastorno tromboembólico venoso crónico: ☐ Sí ☐ No		
3. Arritmia cardíaca: ☐ Sí ☐ No		6. Diabetes: ☐ Sí ☐ No		

Por favor, enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Nombre:	Dosis:	Cantidad mensual:

¿Tiene un poder legal (power of attorney, POA) o un documento de nombramiento de un representante?
☐ Sí ☐ No

Nombre y apellido: _____ Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____ Relación con el/la solicitante: _____

Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (por favor, especifique): _____

Por favor, marque todas las opciones de acuerdo con sus necesidades en la siguiente sección:

Servicios adicionales	Debe tener	Le gustaría tener	Opcional
Asignación de reembolso de la prima de la Parte B	☐	☐	☐
Membresía para el gimnasio	☐	☐	☐
Suministros para diabéticos	☐	☐	☐
Atención dental/para la vista	☐	☐	☐
Cobertura de audífonos	☐	☐	☐
Asignación para artículos de venta sin receta	☐	☐	☐
Asignación para comestibles/víveres	☐	☐	☐
Purificador de aire/humidificador	☐	☐	☐
Servicios para mascotas	☐	☐	☐
Control de plagas	☐	☐	☐
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	☐	☐	☐
Servicios de apoyo en el hogar	☐	☐	☐
Transporte	☐	☐	☐
Otros: _____			