



RT0010

CUESTIONARIO DE MEDICARE
Solo para pacientes en Medicare (Mandatorio)
(MEDICARE QUESTIONNAIRE)
For Medicare Patients Only (Mandatory)
Spanish

Nombre del Paciente: _____ RM#: _____ Visita Inicial: _____

Por favor responda las siguientes preguntas.

1. ¿Usted está recibiendo beneficios por Pulmón Negro?	<input type="checkbox"/> Si: Fecha en que los beneficios comenzaron ____/____/____ <input type="checkbox"/> No
2. ¿Los servicios van a ser pagados por un programa de gobierno o un donativo para investigación?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Usted escogió la opción del Administración de Beneficios del Veterano para su cobertura de Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Estuvo de acuerdo la Administración de Beneficios del Veterano en pagar por esta visita?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿La enfermedad/lesión es debido a una situación relacionada a un accidente/condición de trabajo?	<input type="checkbox"/> Si: Fecha de la lesión/enfermedad ____/____/____ <input type="checkbox"/> No
6. ¿Esta enfermedad/lesión fue debido a una situación no relacionada a un accidente de trabajo?	<input type="checkbox"/> Si: Fecha del accidente ____/____/____ <input type="checkbox"/> No
a. ¿Fue debido por un accidente automovilístico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. Tiene usted derecho a ser elegible a Medicare en base en:	<input type="checkbox"/> Edad: Fecha de la jubilación ____/____/____ <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa final
8. ¿Está su cónyuge actualmente empleado?	<input type="checkbox"/> Si: Fecha de jubilación de su cónyuge ____/____/____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nunca ha estado empleado
9. ¿Tiene usted una Póliza de Grupo de Seguro Médico (GHP por sus siglas en inglés) por usted mismo o por el trabajo actual de su cónyuge?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No: Si no, vaya a la pregunta 10.
a. Si contestó que Sí, ¿El empleador que paga su Póliza de Grupo de Seguro Médico (GHP por sus siglas en inglés) emplea 20 o más empleados?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
b. Si contestó que Sí ¿El empleador que paga su Póliza de Grupo de Seguro Médico (GHP por sus siglas en inglés) emplea 100 o más empleados?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10. ¿Ha sido usted diagnosticado con enfermedad renal en etapa final (ESRD) por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No: Si no, no continúe.
a. Si contestó que Sí, ¿Ha recibido usted un trasplante de riñón?	<input type="checkbox"/> Si: Fecha del trasplante ____/____/____ <input type="checkbox"/> No
b. ¿Ha recibido tratamientos de mantenimiento de diálisis?	<input type="checkbox"/> Si: Fecha en que comenzó diálisis ____/____/____ <input type="checkbox"/> No
c. ¿Está usted dentro de los 30 meses del período de coordinación que comienza el ____/____/____?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No: Si no, Medicare es el seguro principal.
d. Tiene usted derecho a ser elegible a Medicare en base en: <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa final (ESRD) y edad, o, <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa final (ESRD) e Incapacidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No: Si no, no continúe (La Póliza de Grupo de Seguro Médico es primario durante los 30 meses del período de coordinación).
e. Si contestó que Sí, ¿fue inicialmente su derecho a Medicare (simultáneamente incluido o con derecho a doble participación) a consecuencia de la enfermedad renal en etapa final (ESRD por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Si: Si contestó que Sí, no continúe. (La Póliza del Grupo de Seguro Médico continúa pagando en forma principal durante los 30 meses del período de coordinación.) <input type="checkbox"/> No: Si no es el caso, el derecho inicial basado en la edad o incapacidad.
f. Si no es el caso, ¿se sujeta la cláusula por edad laboral o por incapacidad MSP (es primaria la Póliza de Grupo del Seguro Médico basada en el derecho por edad o incapacidad)?	<input type="checkbox"/> Si: Si contestó que Sí, no continúe. (La Póliza del Grupo de Seguro Médico continúa pagando en forma principal durante los 30 meses del período de coordinación) <input type="checkbox"/> Si no es el caso, Medicare continúa pagando en forma principal.