

Nombre del paciente:

Nº de Medicare:

Fecha:

Segundo pagador de Medicare: Medicare requiere que cada paciente responda a las preguntas a continuación en la **Parte I**, antes de que se le envíe factura a Medicare por los servicios médicos recibidos. Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es “sí”, complete la información de seguimiento pertinente al reverso de este formulario. **Según su estado debido a la edad, incapacidad o Enfermedad renal en fase final, tendrá que responder algunas de las preguntas al final del formulario.**

Parte I

Marque en un círculo SÍ o NO

1.	¿Está recibiendo prestaciones por la enfermedad pulmonar minera?	NO	SÍ
2.	¿Está recibiendo fondos de un programa de investigación patrocinado por el gobierno que pagaría por estos servicios?	NO	SÍ
3.	¿Ha acordado el Departamento de asuntos para veteranos (Department of Veteran's Affairs, DVA) pagar por estos procedimientos?	NO	SÍ
4.	¿Se está realizando esta prueba de laboratorio debido a un accidente o estado de salud relacionado con el trabajo?	NO	SÍ
5.	¿Se está realizando esta prueba de laboratorio debido a un accidente no relacionado con el trabajo?	NO	SÍ
6.	Tiene derecho a las prestaciones de Medicare según: (marque en círculo a la derecha de las respuestas)	EDAD: Responda las preguntas nº 7 y 8 INCAPACIDAD: Responda las preguntas nº 9 y 10 ENFERMEDAD RENAL EN FASE FINAL: Responda las preguntas nº 11 a 14	
7.	EDAD: ¿Está usted empleado actualmente?	NO	SÍ
8.	EDAD: ¿Está empleado su cónyuge actualmente?	NO	SÍ
9.	INCAPACIDAD: ¿Está usted empleado actualmente?	NO	SÍ
10.	INCAPACIDAD: ¿Está empleado un miembro de la familia?	NO	SÍ
11.	ENFERMEDAD EN FASE RENAL: ¿Tiene usted un plan de póliza de seguro médico de grupo?	NO	SÍ
12.	ENFERMEDAD EN FASE RENAL: ¿Ha recibido un trasplante renal?	NO	SÍ
13.	ENFERMEDAD EN FASE RENAL: ¿Ha recibido tratamiento de diálisis de mantenimiento?	NO	SÍ
14.	ENFERMEDAD EN FASE RENAL: ¿Se encuentra dentro del período de coordinación de 30 meses?	NO	SÍ