

# INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR COBERTURA POR DISCAPACIDAD DE MEDICAID

**Sírvase leer toda la información antes de llenar este formulario.**

## SI NECESITA AYUDA

Si necesita ayuda con este formulario, complete lo más que pueda y luego el técnico de su condado le ayudará a terminarlo.

## CÓMO LLENAR ESTE FORMULARIO

Los datos que usted indique en este formulario se utilizarán para decidir si usted reúne los requisitos de discapacidad para recibir los beneficios de Medicaid en Colorado. **Recuerde que, aunque se compruebe la discapacidad, no se le garantizan los beneficios de Medicaid.** Debe cumplir todos los requisitos, que incluyen 1) discapacidad, 2) situación financiera y 3) nivel de atención para recibir Medicaid.

- Llene este formulario lo más posible.
- **No deje respuestas en blanco.** Si no sabe la respuesta o si la respuesta es “ninguno” o “no corresponde”, escriba: “no lo sé” o “ninguno” o “no corresponde”.
- Los domicilios deben incluir **código postal**. Los teléfonos deben incluir **código de área**. Debe indicar los datos completos de los médicos que enumere en este formulario. Si no proporciona datos completos, esos historiales médicos no se podrán utilizar para tomar una decisión sobre su caso.
- **No le pida a un médico u hospital que llene este formulario.** Pero podrá pedir ayuda a un amigo, consejero, administrador de casos, técnico de condado de Medicaid o a un familiar.
- No dude en dar explicaciones si la pregunta le pide detalles o si desea añadir otra información.
- Si necesita más espacio o si desea añadir más comentarios, hágalo en la Sección 8 - “OBSERVACIONES” de la página 10. Indique el número de la pregunta que va a contestar.
- Podrá adjuntar a esta solicitud las copias de los historiales médicos que tenga.

**SOLICITUD DE DISCAPACIDAD  
DE MEDICAID**

Condado \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_



Comi

**Sección 1 – Información sobre las personas discapacitadas**

A. **Nombre** (primero y segundo nombre, y apellido)

B. **Número de Seguro Social**

C. **Domicilio** (*calle, ciudad, estado y código postal*)

D. **Teléfono (día)** (*Si no tiene número telefónico, indique el número de teléfono donde podamos dejarle un mensaje durante el día.*)

( ) \_\_\_\_\_ Éste es  Su número  Número para mensajes  Ninguno

E. Anote el nombre de un amigo o pariente con quien podamos comunicarnos (aparte de su médico), quien conozca sus dolencias y pueda ayudarle con la solicitud.

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio postal \_\_\_\_\_  
(Número, calle, núm. de apartamento [en su caso], casilla de correo, ruta rural)

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal ( ) Teléfono

F. ¿Cuánto mide sin zapatos?

\_\_\_\_\_  
Pies Pulgadas

G. ¿Cuánto pesa sin zapatos?

\_\_\_\_\_  
Libras

H. Indique su:

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Sexo

I. ¿Habla inglés?  Sí  No

Si contestó “No”, ¿qué idiomas habla? \_\_\_\_\_

Si no habla inglés, ¿podemos hablar con alguien que sepa inglés y con quien dejar un mensaje para usted? (Si es la misma persona mencionada en “D”, escriba “Misma persona” aquí.)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio postal \_\_\_\_\_  
(Número, calle, núm. de apartamento [en su caso], casilla de correo, ruta rural)

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal ( ) Teléfono

J. ¿Lee inglés?  Sí  No

K. ¿Puede escribir más que su nombre en inglés?  Sí  No

**Sección 2 – Su dolencia y cómo le afecta**

A. ¿Qué dolencias padece que limitan su capacidad de trabajar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. ¿De qué forma las dolencias limitan su capacidad de trabajar?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. ¿Le causan las dolencias dolor u otros síntomas?  Sí  No

D. ¿Cuándo fue la primera vez que sintió las dolencias?

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

E. ¿Cuándo se vio impedido de trabajar por las dolencias?

Mes	Día	Año
-----	-----	-----

F. ¿Ha trabajado alguna vez?    Sí    No    *(Si indicó “No,” pase a la Sección 4.)*

G. ¿Trabajó en algún momento después de la fecha en que sintió la dolencia por primera vez?     Sí     No

H. Si indicó “Sí”, por las dolencias tuvo que: *(Marque todo lo que corresponda)*

¿Trabajar menos horas? *(explique abajo)*

¿Cambiar la tarea laboral asignada? *(explique abajo)*

¿Realizar cambios laborales como días de ausencia, ayuda necesaria o cambio de empleador? *(explique abajo)*

---



---



---

I. ¿Trabaja ahora?     Sí     No

Si indicó “No”, ¿cuándo dejó de trabajar?

<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>
------------	------------	------------

J. ¿Por qué dejó de trabajar? \_\_\_\_\_

K. ¿Solicitó alguna vez el **Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)** o el **Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI)**?     Sí     No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha presentó la solicitud más reciente?

\_\_\_\_\_

¿En qué oficina del Seguro Social presentó la solicitud?

\_\_\_\_\_

Su reclamo del Seguro Social:    Se autorizó    Se denegó    Está en trámite

**Sección 3 – Información sobre su trabajo**

A. Indique la clase de empleo que tuvo en los **últimos 15 años de trabajo**.

Cargo <i>(ver ejemplo)</i>	Clase de negocio	Fechas de trabajo <i>(mes/año)</i>		Horas por día	Días por semana	Tipo de sueldo <i>(Por hora, día, semana, mes o año)</i>	
		De	A				
Cocinero	Restaurante	9/99	10/02	8	5	\$ 7.00	hora

SOLICITUD DE DISCAPACIDAD DE MEDICAID – ESTADO DE COLORADO

						\$	
						\$	
						\$	
						\$	

B. ¿En qué trabajo duró más? \_\_\_\_\_

C. Describa ese trabajo. ¿Qué hacía durante toda la jornada de trabajo?  
*(Si necesita más espacio, siga en la Sección 8 - “Observaciones”.)*

---

D. En este trabajo,

- ¿Usó maquinarias, herramientas o equipos?       Sí    No
- ¿Aplicó conocimientos o aptitudes técnicas?       Sí    No
- ¿Tuvo que escribir, rendir informes o realizar tareas de ese tipo?       Sí    No

E. En este trabajo, ¿cuántas horas totales por día realizó las siguientes actividades:

- |  |  |
|--|--|
| Caminar _____  | Arrodillarse (flexionar las piernas para descansar sobre las rodillas) _____ |
| Estar de _____   | Acuclillarse (flexionar las piernas y sentarse sin el piso) _____            |
| Sentarse _____   | Manipular o agarrar objetos grandes _____                                    |
| Trepar _____   | Gatear (arrastrarse sobre las manos y rodillas) _____                        |
| Agacharse (encorvarse hacia adelante flexionando la cintura) _____ | Alcanzar en alto _____   |
|  | Manipular objetos pequeños, escribir a mano o a máquina _____                |

F. Levantar y transportar objetos

*(Explique qué cosas levantó, cuán lejos las transportó y con qué frecuencia lo hacía.)*

---

G. Marque el peso más pesado que levantó:

- Menos de 10 libras       10 libras       20 libras
- 50 libras       Más de 100 libras       Otro \_\_\_\_\_

H. Marque el peso que levantaba con frecuencia:

*(Con frecuencia significa de un 1/3 a 2/3 del día de trabajo.)*

- Menos de 10 libras       10 libras       20 libras
- 50 libras       Más de 100 libras       Otro \_\_\_\_\_

- I. ¿Supervisó a otras personas en este trabajo?  Sí  No  
*Si indicó "No", pase a la Sección 4. Si indicó "Sí", conteste lo siguiente.*  
 ¿A cuántas personas supervisó? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo dedicaba a supervisar gente? \_\_\_\_\_ horas  
 ¿Contrató y despidió empleados?  Sí  No
- J. ¿Fue un trabajador encargado? Sí No

**Sección 4 – Información sobre su historial médico**

- A. ¿Ha consultado a un **médico, hospital, clínica** o a otra persona por las dolencias que limitan su capacidad de trabajo? Sí  No
- B. ¿Ha consultado a un **médico, hospital, clínica** o a otra persona por problemas emocionales o mentales que limitan su capacidad de trabajo?  
 Sí No  
*Si contestó "No" a las dos preguntas, pase a la Sección 5.*
- C. Indique otros nombres que haya usado en sus historiales médicos, incluso nombre de soltera o de casada.

---

**Díganos si hay alguien que tenga historiales médicos u otra información sobre sus dolencias.**

- D. Indique cada **médico, clínica, terapeuta** o **profesional** médico que haya consultado.  
 Añada una hoja extra de ser necesario. Indique la fecha de su próxima cita.

<b>Nombre</b>			
<b>Domicilio (calle)</b>			<b>Fecha de la primera consulta</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Fecha de la última consulta</b>
<b>Teléfono</b> (    )			<b>Próxima cita</b>
<b>Motivo de las visitas</b>			
<b>¿Qué tratamiento se le administró?</b>			

SOLICITUD DE DISCAPACIDAD DE MEDICAID – ESTADO DE COLORADO

<b>Nombre</b>			
<b>Domicilio (calle)</b>			<b>Fecha de la primera consulta</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Fecha de la última consulta</b>
<b>Teléfono</b> (    )			<b>Próxima cita</b>
<b>Motivo de las visitas</b>			
<b>¿Qué tratamiento se le administró?</b>			

<b>Nombre</b>			
<b>Domicilio (calle)</b>			<b>Fecha de la primera consulta</b>
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>Fecha de la última consulta</b>
<b>Teléfono</b> (    )			<b>Próxima cita</b>
<b>Motivo de las visitas</b>			
<b>¿Qué tratamiento se le administró?</b>			

**Si necesita más espacio, siga en la Sección 8 - “Observaciones”.**

E. Indique cada **hospital** al que haya acudido. Indique la fecha de su **próxima cita**.

<b>Nombre</b>		
<b>Domicilio (calle)</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Teléfono ( )</b>		
<b>Tipo de visita</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Hospitalizaciones</b> <i>(Se quedó en el hospital por lo menos una noche)</i>		Fecha de ingreso                      Fecha de salida
<input type="checkbox"/> <b>Visitas como paciente externo</b> <i>(Regresó a su hogar el mismo día)</i>		Fecha de la primera visita                      Fecha de la última visita
<input type="checkbox"/> <b>Visitas a la sala de emergencias</b>		Fecha

<b>Nombre</b>		
<b>Domicilio (calle)</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>Teléfono ( )</b>		
<b>Tipo de visita</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Hospitalizaciones</b> <i>(Se quedó en el hospital por lo menos una noche)</i>		Fecha de ingreso                      Fecha de salida
<input type="checkbox"/> <b>Visitas como paciente externo</b> <i>(Regresó a su hogar el mismo día)</i>		Fecha de la primera visita                      Fecha de la última visita
<input type="checkbox"/> <b>Visitas a la sala de emergencias</b>		Fecha

**Si necesita más espacio, siga en la Sección 8 - “Observaciones”.**

<b>Sección 5 - Pruebas</b>
----------------------------

¿Se le hicieron pruebas médicas por sus dolencias?       Sí     No  
 (En caso afirmativo, llene la información siguiente.)

Clase de prueba	Fecha de la prueba (mes/día/año)	Lugar de la prueba (Nombre del establecimiento)	¿Quién lo envió a hacerse esta prueba?
ECG - Electrocardiograma (prueba del corazón)			
Cinta caminadora (prueba de esfuerzo)			
Biopsia – Nombre de la parte del cuerpo			
Prueba de la audición			
Prueba de la vista			
Prueba de inteligencia			
EEG – Electroencefalograma (prueba de ondas cerebrales)			
Análisis del VIH			
Análisis de sangre (no del VIH)			
Prueba de respiración			
Radiografía – Nombre de la parte del cuerpo			
MRI (Imagen por resonancia magnética)/CT Scan (Tomografía computada) – Nombre de la parte del cuerpo			
Otro – Nombre de la prueba y parte del cuerpo			

**Si se le practicaron otras pruebas, indíquelas en la Sección 8 - “Observaciones”.**

**Sección 6 - Medicamentos**

¿Toma **medicamentos** para tratar sus dolencias?  Sí  No

*En caso afirmativo, indique los siguientes datos:  
(Consulte los envases de los medicamentos, de ser necesario)*

Nombre del medicamento	Nombre del médico que lo recetó	Motivo de la receta	Efectos secundarios del medicamento

**Sección 7 – Educación y capacitación**

A. Marque el grado que terminó en la escuela.

Escuela primaria y secundaria:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED

Universidad:

1 2 3 4 o más

Fecha aproximada en que terminó sus estudios:

\_\_\_\_\_

B. ¿Asistió a clases de educación especial?  Sí  No





**Al firmar esta solicitud, declaro que todos los datos son verdaderos a mi leal saber y entender. Entiendo que otorgo al Departamento de Normas y Financiación de Atención a la Salud (*Department of Health Care Policy and Financing*), y a las personas que éste designe, la autorización para efectuar los contactos necesarios a fin de verificar las declaraciones consignadas en esta solicitud y para solicitar los historiales o datos necesarios para determinar si se reúnen los requisitos de discapacidad médica. Entiendo que esta solicitud no garantiza que se pagarán los beneficios a mi favor o en mi nombre.**

Firma del <b>reclamante</b> o persona que presenta este documento en nombre del reclamante ( <b>padre, tutor</b> )	<b>Fecha</b> ( <i>Mes, día, año</i> )
--	---------------------------------------

**Deberá contarse con la presencia de testigos ÚNICAMENTE si esta declaración fue firmada con una (X). Si fue firmada con una (X), dos testigos presentes en el momento de la firma, que conozcan a la persona que realiza la declaración, deberán firmar a continuación e indicar sus domicilios completos.**

1. Firma del <b>Testigo</b>	2. Firma del <b>Testigo</b>
<b>Domicilio</b> ( <i>número y calle, ciudad, estado y código postal</i> )	<b>Domicilio</b> ( <i>número y calle, ciudad, estado y código postal</i> )



**Si desea o necesita que alguien lo ayude con el trámite de reclamo,  
sírvasse llenar este formulario**

**NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL**

**Para el uso y divulgación de información de salud protegida**

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) establece su derecho a nombrar a una o más personas como representantes para que adopten decisiones sobre el uso y divulgación de su información de salud protegida. Usted podrá limitar el alcance de la información de salud protegida sobre la cual el representante puede tomar una decisión, y usted podrá revocar esa autorización en cualquier momento. Consulte los procedimientos y las normas de privacidad del Departamento sobre *Representantes personales*, de conformidad con la sección 45 C.F.R. 164.502 (g).

Fecha: \_\_\_\_\_

**NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL**

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre en letras de molde), por el presente designo a la siguiente persona para que actúe como mi representante personal autorizado con respecto a las decisiones sobre el uso o divulgación de la información de salud protegida relativa a mi persona.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el solicitante

\_\_\_\_\_  
Núm. de seguro social del representante personal

\_\_\_\_\_  
Teléfono del representante personal

**LÍMITES DEL ALCANCE DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA (Sírvasse marcar uno)**

\_\_\_\_\_ Se otorga a la persona nombrada anteriormente todos los privilegios que se me concederían a mí con respecto a la información de salud protegida.

\_\_\_\_\_ La persona nombrada anteriormente actúa como mi representante personal designado ÚNICAMENTE para las siguientes funciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de identificación estatal: \_\_\_\_\_ Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN DE REVOCACIÓN**

Entiendo que podré cancelar esta designación en cualquier momento con sólo firmar la sección sobre revocación que aparece a continuación y enviarla al encargado de asuntos de privacidad del Departamento al domicilio indicado anteriormente. Entiendo que toda revocación se aplicará únicamente a divulgaciones o actos futuros sobre mi información de salud protegida y no podrá cancelar medidas adoptadas o divulgaciones efectuadas durante la vigencia de la designación.

Deseo que esta persona deje de actuar como mi representante personal.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## CÓMO LLENAR LOS FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN MÉDICA

- **Sólo se necesita su firma.** Firme su nombre completo en el espacio indicado “PERSONA que autoriza la divulgación” de datos médicos.
- Firme cada formulario de autorización.
- Deje las otras secciones en blanco. **No coloque la fecha** en los formularios de autorización.
- Deberá firmar **una (1) autorización por cada médico u hospital** que haya indicado en este formulario. También deberá firmar **otros tres (3)** formularios de autorización por cada médico u hospital nuevo o descubierto que tenga sus datos médicos.
- Si no tiene suficientes formularios de autorización, pida copias adicionales al técnico del condado.

## PIDA SUFICIENTES FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN

Cuente la cantidad de médicos, hospitales y otros recursos médicos indicados en la solicitud, y anote la cantidad en este renglón.

A. \_\_\_\_\_

La cantidad de formularios de autorización extra que necesita es 3

B. \_\_\_\_\_ + 3

TOTAL: **A + B = C.** Sume el número indicado en A y el número indicado en B. Eso le dará la cantidad total de formularios de autorización que necesitará.

C. \_\_\_\_\_

***Si la cantidad de formularios de autorización indicados en “C” es mayor de la cantidad que tiene en el paquete de la solicitud, llame al empleado del condado y pídale que le envíe más.***