

FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE CITA DEL ALCANCE DE VENTAS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen que los agentes documenten el alcance ventas antes de cualquier reunión cara a cara o telefónica para asegurar la comprensión de lo que se discutirá entre el agente y el candidato de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y debe completarla cada persona con Medicare o su representante autorizado.

Escriba sus iniciales a continuación en la casilla al lado del tipo de plan que desea que el agente discuta con usted.

<input type="checkbox"/>	Planes Medicare Advantage (Parte C)
Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (Health Maintenance Organization, HMO): Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura de salud de la Parte A y Parte B de Original Medicare y algunas veces cubre los medicamentos con receta médica de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted solamente puede obtener atención por parte de médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en emergencias).	
Plan de Necesidades Especiales de Medicare (Special Needs Plan, SNP): Un Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades de atención médica especiales. Algunos ejemplos de grupos específicos a los que se presta servicio incluyen personas que cuentan tanto con Medicare como Medicaid, personas que viven en un asilo y personas que padecen determinadas afecciones crónicas.	

Al firmar este formulario, usted accede a reunirse con un agente de ventas para discutir los tipos de productos que señaló anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que va a discutir los productos es un empleado o ha sido contratado por un plan de Medicare. Ellos no trabajan directamente para el gobierno federal. Es posible que a esta persona se le pague en función de su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan, no afecta su inscripción actual ni lo inscribe en un plan de Medicare.

Firma del candidato: _____ Fecha: _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre del representante autorizado: _____

Su relación con el candidato: _____

A completar por el agente:

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
Nombre del candidato:	Teléfono del candidato:
Dirección del candidato: <i>(opcional)</i>	
Método inicial de contacto: <i>(Indique aquí si el candidato llegó sin cita previa)</i>	
Firma del agente:	Fecha en que se completó la cita:

Comuníquese con Brand New Day si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

PARA INSCRIBIRSE EN BRAND NEW DAY, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

FECHA DE VIGENCIA DE COBERTURA PROPUESTA:

Marque en qué plan desea inscribirse:

BRAND NEW DAY CLASSIC CARE I PLAN (HMO) 25

- Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego y Kern
\$0 al mes

BRAND NEW DAY CLASSIC CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO) 33

- Condados de Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, Santa Clara, San Diego, San Mateo y Tulare
\$34.80 al mes

BRAND NEW DAY CLASSIC CARE II PLAN (HMO) 37

- Condados de Fresno, Imperial, Kern, Kings, Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, Santa Clara, San Diego, San Mateo y Tulare
\$0 al mes

BRAND NEW DAY DUAL ACCESS PLAN (HMO DSNP) 24

- Condados de Fresno, Imperial, Kern, Kings, y Tulare
\$34.80 al mes

BRAND NEW DAY EMBRACE CARE PLAN (HMO CSNP) 39-1

- Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego y Kern
\$0 al mes

BRAND NEW DAY EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO CSNP) 40-1

- Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego y Kern
\$34.80 al mes

BRAND NEW DAY EMBRACE CARE PLAN (HMO CSNP) 39-2

- Condados de Fresno, Imperial, Kings, San Mateo, Santa Clara y Tulare
\$0 al mes

BRAND NEW DAY EMBRACE CHOICE MEDI-MEDI PLAN (HMO CSNP) 40-2

- Condados de Fresno, Imperial, Kings, San Mateo, Santa Clara y Tulare
\$34.80 al mes

INFORMACIÓN SOBRE USTED

APELLIDO **NOMBRE** **INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE** **SR.** **SRA.** **SRTA.**

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) / / **SEXO** **MASCULINO** **FEMENINO** **NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA**

NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO - CELULAR
Marque la casilla para autorizar a Brand New Day a enviarle información acerca de su plan a su teléfono celular.

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (NO SE PERMITEN APARTADOS POSTALES) **N.º DE APTO. O N.º DE ESPACIO**

CIUDAD **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

DIRECCIÓN POSTAL (SOLO SI ES DISTINTA A LA DE SU RESIDENCIA PERMANENTE)

DIRECCIÓN **CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (OPCIONAL) **RELACIÓN CON USTED** **NÚMERO DE TELÉFONO**

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)
Marque la casilla para autorizar a Brand New Day a comunicarse con usted acerca de sus beneficios y enviarle materiales de educación para la salud por correo electrónico.

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE SU SEGURO MEDICARE

Use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.
-O-
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, su carta del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare _____

TIENE DERECHO A: **FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:**

HOSPITAL (Parte A) ___ / ___ / ____

MÉDICO (Parte B) ___ / ___ / ____

Usted debe contar con la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

CÓMO PAGAR SU PRIMA DEL PLAN

Si determinamos que adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagarla por correo o por Transferencia electrónica de fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) cada mes. También puede elegir pagar su prima a través de una deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB). Si a usted se le impone un monto por ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar ese monto adicional además de su prima del plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o le será facturado directamente por Medicare o la RRB. **NO le pague a Brand New Day el IRMAA de la Parte D.**

Usted puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que pueda tener o deber actualmente) por correo o por transferencia electrónica de fondos (EFT) cada mes. También puede elegir pagar su prima a través de una deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o la Junta de Jubilación Ferroviaria (Railroad Retirement Board, RRB).

Si a usted se le impone un monto por ajuste mensual relacionado con los ingresos de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA) de la Parte D, se le notificará a través de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. El monto se retendrá de su cheque de prestaciones del Seguro Social o le será facturado directamente por Medicare o la RRB. **No le pague a Brand New Day el IRMAA de la Parte D.**

Las personas con ingresos limitados, pueden calificar para recibir *Ayuda adicional* para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos con receta, incluidas las primas mensuales de medicamentos de venta bajo receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califican no estarán sujetas al vacío en la cobertura o a una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros, pero ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de esta *Ayuda adicional*, comuníquese con su oficina de Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la *ayuda adicional* en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir *Ayuda adicional* para pagar los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará el total o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga únicamente una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que no cubra Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura.

SELECCIONE UNA OPCIÓN PARA EL PAGO DE LA PRIMA:

Recibir una factura mensual

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes.

Incluya un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:

Nombre en la cuenta: _____

Nombre del banco: _____

N.º de ruta bancaria: _____

N.º de cuenta bancaria: _____

Tipo de cuenta: Cuenta corriente Ahorros

CÓMO PAGAR SU PRIMA DEL PLAN *continuación*

- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). **Recibo beneficios mensuales de:** Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede demorar uno o dos meses luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha en vigencia de su inscripción hasta el momento en que empezaron las deducciones. Si su Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de una deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

- 1) ¿Tiene insuficiencia renal crónica en estado terminal (ESRD)? Sí No
Si se le realizó un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regularmente, **adjunte una nota o expedientes** de su médico que muestren que tuvo un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis, de lo contrario, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener más información.
- 2) Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios VA o programas estatales de asistencia farmacéutica. Sí No
- ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de Brand New Day? Si respondió "sí", detalle su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación para esta cobertura:

NOMBRE DE LA OTRA COBERTURA

N.º DE ID. DE ESTA COBERTURA

N.º DE GRUPO DE ESTA COBERTURA:

- 3) ¿Es usted residente de un centro a largo plazo, como un asilo de ancianos? Sí No
Si responde "sí", proporcione la siguiente información:

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE LA INSTITUCIÓN (NÚMERO Y CALLE)

- 4) ¿Está usted inscrito en su programa Medicaid estatal (Medi-Cal)? Sí No
Si respondió "sí", proporcione su número de Medicaid:

- 5) ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN PARA CALIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN

Si se inscribe en uno de nuestros planes de necesidades especiales (SNP), complete la Herramienta de Evaluación para calificación previa a la inscripción.

SELECCIONE EL NOMBRE DE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP), CLÍNICA O CENTRO DE SALUD

SELECCIONE EL NOMBRE DE UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

CÓDIGO DE PROVEEDOR DEL PCP

¿ES USTED PACIENTE DE ESTE MÉDICO ACTUALMENTE?

Sí

No

SELECCIONE EL NOMBRE DEL GRUPO O IPA

CÓDIGO DEL GRUPO MÉDICO/IPA

¿ES USTED PACIENTE DE ESTE GRUPO MÉDICO/IPA ACTUALMENTE?

Sí

No

DENTISTA CONTRATADO (SI DEJA EL ESPACIO EN BLANCO, SE LE ASIGNARÁ UNO)

CÓDIGO DEL CENTRO DENTAL

¿ES USTED PACIENTE DE ESTE DENTISTA ACTUALMENTE?

Sí

No

MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES CASILLAS SI PREFIERE QUE LE ENVIEMOS INFORMACIÓN EN UN IDIOMA DISTINTO AL INGLÉS O EN UN FORMATO ACCESIBLE:

ESPAÑOL

CHINO

COREANO

VIETNAMITA

LETRA
GRANDE

AUDIO

Comuníquese con Brand New Day llamando al 1-866-255-4795 si necesita información en otro formato o idioma distinto al citado arriba. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre; y los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-321-5955.

Brand New Day envía algunos documentos electrónicamente, como información acerca de su inscripción, la Evidencia de cobertura (EOC), Directorios de proveedores y farmacias y Formularios a la dirección de correo electrónico que proporcione en este formulario. Puede optar por recibir versiones impresas de estos documentos en lugar de vía electrónica si marca la casilla.



LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE



Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o de un sindicato, inscribirse en Brand New Day podría afectar los beneficios de salud de su empleador o del sindicato. Es posible que pierda la cobertura de salud de su empleador o del sindicato si se inscribe en Brand New Day. Lea los comunicados que le envían su empleador o el sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o llame a la oficina que indican las comunicaciones de estos. Si no hay ninguna información acerca de con quién comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura puede ayudarle.

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Brand New Day es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Debo mantener mi cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud Medicare o plan de medicamentos recetados. Soy responsable de informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tengo o que adquiera en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para el año completo. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o hacer cambios solo en determinados momentos del año en que haya un período de inscripción disponible (Ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en determinadas circunstancias especiales.

Brand New Day presta servicios dentro de un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de Brand New Day deberé notificárselo al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar otro plan en mi área nueva. Una vez que ya sea miembro de Brand New Day, tendré derecho a apelar las decisiones del plan acerca del pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento Evidencia de cobertura de Brand New Day cuando lo solicite para saber qué normas debo seguir a fin de recibir cobertura a través de este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare usualmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, desde la fecha de inicio de la cobertura de Brand New Day, debo obtener toda la atención médica de Brand New Day, con la excepción de servicios de emergencia, servicios necesarios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Brand New Day y otros servicios incluidos en la Evidencia de cobertura de Brand New Day (también conocido como contrato con el miembro o acuerdo con el suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI BRAND NEW DAY PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, un intermediario u otra persona empleada o contratada por Brand New Day, esta persona puede recibir una comisión por mi inscripción en Brand New Day.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Brand New Day divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención de la salud. También acepto que Brand New Day divulgará mi información, incluidos los datos del registro de eventos de medicamentos recetados, a Medicare, que puede divulgar con fines de investigación y otros propósitos que cumplen todas las leyes y los reglamentos federales vigentes. La información incluida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en este plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en donde resida) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si está firmado por una persona autorizada (según se describió anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN *continuación*

FIRMA

FECHA DE HOY

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

NOMBRE

DIRECCIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

RELACIÓN CON LA PERSONA INSCRITA:

TIPO DE DOCUMENTACIÓN: *Envíe la documentación con el papeleo de inscripción.*

DPOA DPAHC Instrucciones anticipadas escritas Tutor legal

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Nombre del miembro del personal/agente de venta/intermediario (si recibió asistencia para la inscripción): _____

N.º de Id. del plan: _____

Fecha de inicio de cobertura: _____

ICEP/IEP AEP SEP (tipo) No califica LIS OEP

Fecha de recepción: _____ Fecha de ingreso: _____

Fecha de envío de la Carta E4: _____ Fecha de envío de la Carta E6: _____ Iniciales de verificación: _____

Número de grupo: _____ Prima de la Parte D: _____

Notas: _____

INFORMACIÓN DEL AGENTE DE VENTAS

Si alguien le ayudó a completar esta solicitud, él o ella debe completar la información de abajo y firmar:

NOMBRE DEL PERSONAL/AGENTE/INTERMEDIARIO (nombre en imprenta)

FIRMA

FECHA

RELACIÓN CON LA PERSONA INSCRITA:

FECHA EN LA QUE SE RECIBIÓ LA SOLICITUD

NÚMERO DE TELÉFONO DEL AGENTE

NÚMERO DE LICENCIA DEL AGENTE

FMO

Envíe la solicitud por fax junto con el documento Alcance de ventas, Herramienta de Evaluación para calificación previa a la inscripción, formulario de Continuidad de la atención y cualquier otro documento necesario al Departamento de Inscripción de Brand New Day, al número de fax **1-657-400-1207**.

Lugar de recepción de la solicitud:

Cita

Evento de ventas

Sin cita previa

Correo postal

Otro:

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Normalmente, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea cuidadosamente los siguientes enunciados y marque la casilla si dicho enunciado se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las casillas a continuación, usted certifica que, según su leal saber y entender, califica para un Período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción.

Soy nuevo en Medicare.

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (introduzca la fecha) _____.

Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (introduzca la fecha) _____.

CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN *continuación*

- Recientemente regresé a vivir a los Estados Unidos después de residir permanentemente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (inserte la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (introduzca la fecha) _____.
- Hace poco tuve un cambio en mi Medi-Cal (recientemente obtuve Medi-Cal, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medi-Cal o perdí Medi-Cal) el (insertar fecha) _____.**
- Hace poco tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (insertar fecha) _____.**
- Tengo tanto Medicare como Medi-Cal (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido un cambio.**
- Me voy a mudar, vivo o recientemente salí de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/de un centro el (introduzca la fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (introduzca la fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de un empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en este plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- Yo estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero he perdido la calificación requerida de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción del SNP el (inserte la fecha) _____.
- Me vi afectado por una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (según lo declarado por la Agencia Federal de Administración de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA)). Uno de los enunciados se aplica a mi caso, pero no pude hacer la inscripción debido al desastre natural.**

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con Brand New Day al 1-866-255-4795 (los usuarios de TDD/TYY pueden llamar al 1-866-321-5955) para averiguar si califica para inscribirse. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., del 1.º de abril al 30 de septiembre; y los 7 días de la semana del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m.

FORMULARIO DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN

Después de completar el Paquete de inscripción, complete la siguiente información y envíela por fax al 1-657-400-1207.

Nombre del miembro: _____ Teléfono: _____

Fecha: _____

PREGUNTAS POSTERIORES A LA INSCRIPCIÓN

1. ¿Utiliza actualmente equipo médico duradero o dispositivos médicos? Sí No

1a. Si responde "sí"
Especifique cuál de los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silla para baño | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Colchón de presión |
| <input type="checkbox"/> Catéteres | <input type="checkbox"/> Asientos para inodoros |
| <input type="checkbox"/> Cómoda | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Máquina CPAP /Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Pañales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cama de hospital | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

1b. Si responde "sí"
¿Quién proporciona el equipo o los dispositivos médicos?

Nombre: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

2. ¿Recibe atención activa de un médico especialista?

Sí No (Si responde "sí", ¿quién?)

Nombre: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

3. ¿Recibe actualmente servicios de atención de la salud en el domicilio?

Sí No (Si responde "sí", ¿quién?)

Compañía: _____
Teléfono: _____
Dirección: _____

4. ¿Tiene usted transporte para ir y regresar de sus citas?

Sí No Si responde no, Brand New Day proporcionará el transporte. Llame al 1-866-255-4795.

Información de contacto adicional: Cuidador, familiar(es) o persona(s) de apoyo

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____