

# Análisis de necesidades de Medicare

Fecha	Nombre	Fecha de nacimiento

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Código postal que figura en la Seguridad Social (en caso de que sea diferente al anterior)

Teléfono principal	Dirección de correo electrónico

¿Recibe Medicaid o ayuda adicional (LIS) para los gastos por receta?  Sí  No

Fechas de vigencia de Medicare: **Parte A**  **Parte B**

¿Tiene un plan Medicare Advantage o un plan Supplement?  Sí  No

Sí respondió que sí, ¿cuál es el nombre del plan?	Fecha de vigencia

¿Tiene beneficios para veteranos?  Sí  No

Medicamentos recetados	Dosis	Frecuencia
1.		veces por
2.		veces por
3.		veces por
4.		veces por
5.		veces por
6.		veces por
7.		veces por
8.		veces por

	Nombre del médico	Nombre del consultorio	Dirección del consultorio
Principal			
Especialista			
Especialista			
Especialista			

Farmacia preferida	Ciudad

## Análisis de necesidades de Medicare (Opcional)

¿Tiene buena salud o tiene afecciones crónicas como diabetes o insuficiencia cardíaca congestiva (CHF)?

¿Tiene ESRD? (Enfermedad renal en etapa final)

Sí  No

¿Cómo se sentiría acudiendo a nuevos médicos?

¿Cuánto viaja y a dónde?

¿Viaja a otros países?

Sí  No

¿Reside en más de un estado o país?

Sí  No

Si respondió que sí, ¿a dónde?

¿Califica para alguna cobertura médica además de Medicare?

Sí  No

Si respondió que sí, ¿mantendrá esa cobertura cuando se jubile?

Sí  No

¿Cuánto gastó aproximadamente el año pasado en atención médica?

¿Espera gastar un monto similar este año o el año próximo?

Año pasado		Este año o el año próximo	
Primas de seguro	Gastos de bolsillo	Primas de seguro	Gastos de bolsillo
\$	\$	\$	\$

¿Qué beneficios de un plan son los más importantes para usted?  
(Hospital, copagos del médico, servicios dentales, equipo médico duradero, etc.)

¿Qué es lo más le gusta de su cobertura actual?

¿Qué le gustaría mejorar en un posible nuevo plan?

¿Tiene alguna otra inquietud?