

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Solicitud de asistencia

Información para consumidores/pacientes	
Nombre (apellido, nombre, segundo nombre):	Fecha de nacimiento:
Edad:	Menor: ☐ Sí ☐ No
Nombre y apellido del padre, la madre o el tutor (si es menor de edad):	
Dirección postal:	
Número de teléfono:	Otro número de teléfono:
Correo electrónico del consumidor/paciente:	
Situación laboral:	Nombre del empleador:
Veterano: ☐ Sí ☐ No	Estado civil:
Idioma principal:	Nivel educativo/escolar:
Raza/etnia: ☐ Indoamericana/nativa de Alaska ☐ Asiática ☐ Birracial/multirracia ☐ Negra/afroamericana ☐ Caucásica/blanca ☐ Filipina ☐ Hispana/latina ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Nativa de Hawái/Islas del Pacífico ☐ Otra ☐ Decido no responder ☐ Desconocido	

OCHA formula las siguientes preguntas para conocer mejor su comunidad. Sus respuestas son opcionales y ayudan a mejorar los servicios.

Sexo asignado al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no contestar	Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero ☐ Mujer transgénero ☐ Género no binario/no conforme con el género ☐ Otra (especificar): ☐ Prefiero no contestar	Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ Otra (especificar): ☐ Prefiero no contestar
---	---	---

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Solicitud de asistencia

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?
Si lo derivó una agencia estatal o federal, ¿qué agencia?
Describa el motivo por el que necesita ayuda:
¿Cómo le gustaría que se resolviera?

Complete la sección que mejor se adapte a su caso

Compensación laboral	
Fecha de la lesión:	Parte del cuerpo lesionada:
Seguro de compensación laboral/Administrador externo:	
Número de teléfono:	Número de reclamo:
Nombre del empleador en el momento de la lesión:	

Medicare/Medicaid	
Número de identificación de Medicare:	Número de identificación de Medicaid:
Número de teléfono del seguro:	
¿Tiene un plan Medicare Advantage? (p. ej., Aetna, AARP, Humana) ☐ Sí ☐ No	
Nombre del plan Medicare Advantage:	
Número de identificación del plan Medicare Advantage:	
Número de grupo del plan Medicare Advantage:	

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Solicitud de asistencia

Nombre de la compañía de seguros:	Número de teléfono:
Nombre del titular de la póliza:	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	
Número de póliza (identificación del miembro):	Número de grupo de póliza:
¿Se ha puesto en contacto con la compañía de seguros? ☐ Sí ☐ No	
Nombre de la persona de contacto del seguro:	

Nombre del médico/proveedor de servicios de atención médica:
Número de teléfono:

Facturación del hospital
Nombre del hospital:
Número de teléfono: