



2026

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

SIRVIENDO

LOS ANGELES - ORANGE - RIVERSIDE  
SAN BERNARDINO - SAN DIEGO  
SANTA CLARA

JANUARY 1, 2026 – DECEMBER 31, 2026

[astivahealth.com](http://astivahealth.com)

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL 2026 PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

### ¿QUIÉN PUEDE UTILIZAR ESTE FORMULARIO?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage.

#### Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro médico)

### ¿CUÁNDO UTILIZO ESTE FORMULARIO?

Puedes unirse a un plan:

- Entre el 15 de Octubre y el 7 de Diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de Enero)
- Dentro de los 3 meses de obtener por primera vez Medicare

En ciertas situaciones en las que se le permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

### ¿QUÉ NECESITO PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le puede negar la cobertura por no completarlos.

### RECORDATORIOS:

- Si desea unirse a un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de Octubre al 7 de Diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de Diciembre.

Su plan le enviará una factura por la prima. Puedes optar por inscribirte para que los pagos de tu prima se deduzcan automáticamente de tu cuenta bancaria o de tu beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

### ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

765 The City Drive South #200  
Orange, CA 92868

Correo electrónico: [enrollment@astivahealth.com](mailto:enrollment@astivahealth.com)

Una vez que procesen tu solicitud de inscripción, se pondrán en contacto contigo.

### ¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA CON ESTE FORMULARIO?

Llame a Astiva Health al 1-866-688-9021, los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE.

(1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En Español:** Llame a Astiva Health al

1-866-688-9021/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

### PERSONAS SIN HOGAR

Si desea unirse a un plan pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques de seguridad social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-NEW. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANT: Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See "What happens next?" on this page to send your completed form to the plan.**



## FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DE CITA DE VENTAS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los agentes documenten los temas de una cita de venta antes de cualquier reunión de ventas en persona para comprender lo que se discutirá entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado).

**Por favor, ponga sus iniciales al lado del tipo de plan que desea que el agente discuta con usted.**

**Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO)** Un plan Medicare Advantage que brinda toda la cobertura médica de la Parte A y Parte B de Medicare Original y cubre los medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de los planes de HMO, solo puede recibir atención de los médicos u hospitales dentro de la red del plan (excepto en emergencias).

**Plan de Medicare para Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP)** Un plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Un ejemplo de los grupos específicos atendidos son las personas con ciertas enfermedades crónicas.

Al firmar el formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar de los tipos de productos que marcó con sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona que hablará sobre los productos es empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabajan directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir una compensación basada en su inscripción en un plan.

Firmar este formulario NO afecta su inscripción actual ni lo inscribirá en un Plan Medicare Advantage, un Plan de Medicamentos Recetados u otro plan de Medicare.

**Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de firma:**

Firma:	Fecha de la firma:
--------	--------------------

**Si usted es el Representante Autorizado, firme arriba e imprima a continuación:**

Nombre del representante:	Su relación con el beneficiario:
---------------------------	----------------------------------

**Para ser completado por el Agente:**

Nombre del agente:	Teléfono del agente:
--------------------	----------------------

Nombre del beneficiario:	Teléfono del beneficiario:
--------------------------	----------------------------

Dirección del beneficiario:
-----------------------------

Método inicial de contacto:
-----------------------------

Firma del agente:	Fecha
-------------------	-------

[Sólo para uso del plan:]
---------------------------

\*Scope of Appointment documentation is subject to CMS record retention requirements. H1993\_121\_SOA\_CY2026\_C



**SECCIÓN 1 – TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OBLIGATORIOS**  
(A menos que esté marcado como opcional)

Elija el plan al que desea unirse:

CONDADOS DE SERVICIO: **Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego**

- Astiva Health Plan de Ahorros (HMO) 001** / \$0 por mes
- Astiva Health Plan Premier 015** / \$0 por mes
- Astiva Health Plan C-SNP Deluxe (HMO) 007** / \$0 por mes
- Astiva Health Plan C-SNP WOW (HMO) 008** / \$4.40\* por mes  
\*Su prima puede ser cubierta por el programa Ayuda Adicional

Elija el plan al que desea unirse:

CONDADOS DE SERVICIO: **Santa Clara**

- Astiva Health Plan de Ahorros (HMO) 011** / \$0 por mes
- Astiva Health Plan Premier (HMO) 012** / \$0 por mes
- Astiva Health CSNP WOW Plan (HMO) 013** / \$12 por mes  
\*Su prima puede ser cubierta por el programa Ayuda Adicional



## SU INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:	Apellido:	[Opcional: Inicial del segundo nombre]
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono:

Dirección de residencia permanente:  
(No ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente).

Ciudad:	[Opcional: Condado]	Estado:	Código postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):

Dirección: (calle) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO MEDICARE

Número de Medicare:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



## RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Astiva Health?

Sí  No

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta cobertura:

2. ¿Está inscrito en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medi-Cal (Medicaid): \_\_\_\_\_

## TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES

**Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.**

Elija una si desea que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.

Español  Vietnamita  Coreano  Chino Otro: \_\_\_\_\_

Elija una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille  Letras grandes  CD de audio  CD de datos

Comuníquese con Astiva Health al 1-866-688-9021 si necesita información en un formato accesible diferente al indicado anteriormente. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de Lunes a Domingo, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de Lunes a Viernes, del 1 de Abril al 30 de Septiembre. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?  Sí  No

¿Trabaja su pareja?  Sí  No

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Evidencia de Cobertura  Formulario  Directorio de Farmacia  Directorio de Proveedores

## SUSCRIPCIÓN A MENSAJES DE TEXTO Y CORREO ELECTRÓNICO:

Número de teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Al proporcionar mi número, acepto recibir mensajes de texto automatizados y/o de otro tipo de Astiva Health para beneficios de salud, servicios o cualquier otro propósito. Dicho consentimiento no es condición para recibir ningún servicio y puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento llamando a Astiva Health o respondiendo "Alto" a cualquier mensaje.

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir comunicaciones y materiales de Astiva Health de forma electrónica, en lugar de por correo postal. Entiendo que esto incluye documentos como la Explicación de Beneficios (EOB) de las Partes C y D, el Aviso Anual de Cambios (ANOC) y otros materiales. Puedo volver a recibirlos por correo postal en cualquier momento llamando a Astiva Health.



## INFORMACIÓN DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Nombre del PCP:	Apellido del PCP:	Inicial del segundo nombre del PCP:
IPA/Grupo Médico:		
Número de identificación del PCP:	¿Es paciente actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto de emergencia:	Relación:	Número de teléfono:

## SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDEN AL INSCRITO A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si usted es un individual (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un inscrito a llenar este formulario.

Relación con el inscrito:

Agente/Corredor    Consejero de SHIP    Miembro de la familia    Otro: \_\_\_\_\_

Nombre:

Firma:

*Si usted es un Agente/Corredor, por favor complete la siguiente información:*

Agencia:

Número Nacional de Productor  
(solo agentes/corredores):

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura:

ICEP/IEP    AEP    SEP (tipo): \_\_\_\_\_



## IMPORTANTE - LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- Debo mantener tanto la cobertura de Hospital (Parte A) como la cobertura Médica (Parte B) para permanecer en Astiva Health
- Al inscribirme en Medicare Advantage, acepto que Astiva Health compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para dar seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, no responder podría afectar su inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, al comenzar mi cobertura de Astiva Health, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Astiva Health. Los beneficios y servicios proporcionados por Astiva Health, incluidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Astiva Health (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor), estarán cubiertos. Ni Medicare ni Astiva Health pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a mi entender. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Mi firma a continuación autoriza al proveedor mencionado en este formulario de inscripción y/o a mi PCP a divulgar mi información de salud y/o proporcionar registros médicos a Astiva Health.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendido su contenido. Si la firma es realizada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare

### **Autorización para la divulgación de información**

Mi firma a continuación autoriza al proveedor mencionado en este formulario de inscripción y/o a mi PCP a divulgar mi información médica y/o a proporcionar registros médicos a Astiva Health.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

### **Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:**

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación al el inscrito:



## PAGO DE LAS PRIMAS DE SU PLAN

**Si se inscribe en el Plan de Astiva Health 001, 015 y 007, 011, 012 con una prima mensual de \$0: Si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla.** Puede pagar por correo. También puede elegir por pagar su prima haciendo que se deduzca automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. Si se le aplica un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. El monto se le retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB). **NO pague a Astiva Health la Parte D-IRMAA.**

**Si se inscribe en Astiva Health C-SNP WOW 008 o Astiva Health C-SNP WOW 013 con una prima mensual: Puede pagar la prima mensual de su plan, incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga por correo. También puede elegir por pagar su prima haciendo que se deduzca automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes.**

Si se le aplica un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. El monto se le retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o Medicare o se le facturará directamente por Medicare o la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

**NO pague a Astiva Health la Parte D-IRMAA.**

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

**Seleccione una opción para el pago de la prima:**

- Recibir una factura.
- Deducción automática del cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Cheque de beneficios (La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento en que comienza la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

H1993\_122\_Enrollment Application\_CY2026\_C

## CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Normalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage 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 Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla que se aplique a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si posteriormente determinamos que esta información es incorrecta, usted podría ser dado de baja.

<input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare.	
<input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).	
<input type="checkbox"/> 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. <b>Me mudé o Me Mudaré (insertar fecha).</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Fui liberado de prisión hace poco tiempo. <b>Fui liberado e (insertar fecha)</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Hace poco regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los EE. UU. <b>Me mudé o me mudaré de regreso a Estados Unidos el (insertar fecha)</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Recientemente obtuve estatus legal en los Estados Unidos. <b>Obtuve o obtendré este estatus el (insertar fecha).</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (hace poco obtuve Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid). <b>Este cambio ocurrió el (insertar fecha).</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda adicional (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (hace poco obtuve la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de la Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional). <b>Este cambio ocurrió el (insertar fecha)</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos), vivo en uno o recientemente me fui de uno. <b>Me mudé/Me mudaré al centro o me iré del centro el (insertar fecha).</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Recientemente dejé un programa PACE®. <b>Salí del programa el (insertar fecha).</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Hace poco, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). <b>Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha).</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>
<input type="checkbox"/> Dejaré de recibir/Perderé la cobertura del empleador o del sindicato el <b>(insertar fecha).</b>	<b>Mes    Fecha    Año</b>



**CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN (CONTINUACIÓN)**

<input type="checkbox"/> Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia proporcionado por mi estado o estoy perdiendo la ayuda de un Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal.			
<input type="checkbox"/> Mi plan finalizará su contrato con Medicare o Medicare finalizará su contrato con mi plan.			
<input type="checkbox"/> Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente <b>Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha).</b>	<b>Mes</b>	<b>Fecha</b>	<b>Año</b>
<input type="checkbox"/> Me inscribieron en un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para estar en ese plan. <b>Mi inscripción en el SNP se canceló el (insertar fecha).</b>	<b>Mes</b>	<b>Fecha</b>	<b>Año</b>
<input type="checkbox"/> Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones incluidas aquí se aplica a mí, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.			
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

PRIVACY ACT STATEMENT The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) collects information from Medicare plans to track beneficiary enrollment in Medicare Advantage (MA) improve care, and for the payment of Medicare benefits. Sections 1851 of the Social Security Act and 42 CFR §§ 422.50 and 422.60 authorize the collection of this information. CMS may use, disclose and exchange enrollment data from Medicare beneficiaries as specified in the System of Records Notice (SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, System No. 09-70-0588. Your response to this form is voluntary. However, failure to respond may affect enrollment in the plan.



## FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE CALIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN DEL C-SNP

Complete este formulario si se está inscribiendo en uno de nuestros Planes de Necesidades Especiales (C-SNP):  
Plan 007, 008 o 013

**¿Está inscribiéndose en un plan Astiva Health (HMO C-SNP)?**  Sí  No

Si responde Sí, usted entiende que este plan es un Plan de Necesidades Especiales para Condiciones Crónicas (C-SNP). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los planes Medicare Advantage que ofrecen planes C-SNP obtengan una verificación por escrito de su(s) condición(es) médica(s) que califiquen, la cual debe ser proporcionada por su médico.

### Preguntas Clínicas de Precalificación

#### DIABETES

¿Ha sido diagnosticado con diabetes?  Sí  No

¿Ha tenido problemas con niveles altos de azúcar en la sangre?  Sí  No

¿Toma medicamentos y/o ha sido puesto en una dieta especial para controlar su nivel de azúcar en la sangre?  Sí  No

¿Se controla el nivel de azúcar en la sangre en casa?  Sí  No

¿Ha presentado sed excesiva, micción frecuente, hambre extrema, pérdida de peso inexplicada, o heridas que sanan lentamente?  Sí  No

#### TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

¿Ha sido diagnosticado por su médico u otro profesional de salud autorizado con arritmia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias (angina), coágulos de sangre o enfermedad vascular en las piernas?  Sí  No

¿Ha tenido dolor en el pecho?  Sí  No

¿Ha tenido o le han dicho que corre riesgo de sufrir un ataque cardíaco?  Sí  No

¿Ha tenido problemas con dolor o presión en el pecho, dificultad para respirar, ataque al corazón o derrame cerebral?  Sí  No

¿Tiene venas dilatadas en las piernas acompañadas de molestias o dolor?  Sí  No

¿Tiene un marcapasos o toma algún medicamento para tratar ritmos cardíacos anormales?  Sí  No

¿Fuma usted?  Sí  No

#### INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA (CHF)

¿Ha sido diagnosticado por su médico u otro profesional de salud autorizado con insuficiencia cardíaca crónica o congestiva (ICC)?  Sí  No

¿Tiene la presión arterial alta?  Sí  No

¿Ha tenido problemas de retención de líquidos en los pulmones o hinchazón en las piernas debido a problemas cardíacos?  Sí  No

¿Toma medicamentos para prevenir la hinchazón de piernas o manos?  Sí  No

¿Sientes fatiga al caminar o realizar actividad física?  Sí  No



## FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE CALIFICACIÓN DE PREINSCRIPCIÓN C-SNP (CONT.)

¿Cuando camina, necesita detenerse y descansar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido problemas con latidos cardíacos rápidos y erráticos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Toma usted una pastilla de agua debido a una afección relacionada con el corazón (como insuficiencia cardíaca)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene coágulos de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene líquido en los pulmones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### PREGUNTAS SOBRE MEDICACIÓN

¿Está tomando o ha tomado alguna vez algún medicamento para alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tomado alguna vez o está tomando actualmente inyecciones de metformina o insulina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### LISTA ACTUAL DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento	Dosis y Frecuencia

Yo, (nombre impreso) \_\_\_\_\_, entiendo que se me cancelará mi inscripción en el Plan de Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP) y se me inscribirá en un plan diferente si mi médico no puede confirmar que tengo una o más de las condiciones crónicas que califican.

#### Enumere todos los proveedores que puedan verificar su(s) condición(es):

Médico:	Especialidad:
Teléfono:	Fax:

Médico:	Especialidad:
Teléfono:	Fax: