



ESTADO DE NEVADA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud
 Oficina para Pacientes Hospitalizados
 3320 W. Sahara Ave., Suite 100 | Las Vegas, Nevada 89102
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586
 Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
OCHA CASE #	_____
OMBUDSMAN:	_____
SCANNED:	BY: _____ DATE: _____

SOLICITUD PARA ASISTENCIA

TENGA EN CUENTA QUE ESTA OFICINA NO BRINDA ASISTENCIA FINANCIERA

Antes de presentar una Solicitud de Asistencia con la Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud (OCHA), Oficina para Pacientes de Hospital, primero debe comunicarse con su compañía de seguro de salud/hospital, para intentar a resolver el/los problema(s). Si no recibe una respuesta satisfactoria, complete este formulario y firme el formulario adjunto "Consentimiento/Autorización para el Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud – Información Confidencial", y envíelo a la dirección que aparece arriba. Adjunte copias de todos los documentos correspondientes relacionados con su Solicitud de Asistencia. **Entiendo que una copia de este formulario de Solicitud de Asistencia podría ser proporcionada al plan de salud/plan de compensación para trabajadores, u otra entidad, según sea necesario.**

ES LA POLÍTICA DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DE SALUD AL CONSUMIDOR RETIRARSE DE LOS SERVICIOS DE DEFENSORÍA SI EL CONSUMIDOR ES REPRESENTADO POR UN ABOGADO. AÚN PODREMOS PROPORCIONAR INFORMACIÓN/EDUCACIÓN CON RESPECTO A SU PROBLEMA PERO NO PODREMOS PROPORCIONAR ASESORÍA, LEGAL O DE OTRO TIPO.

¿Está usted actualmente representado por un abogado para esta problema?	SI	NO
¿Hay actualmente una demanda en curso o pendiente?	SI	NO

NOMBRE DEL CONSUMIDOR / PACIENTE SOLICITANDO AYUDA _____			NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____		
DOMICILIO _____	CIUDAD _____	ESTADO _____	CÓDIGO POSTAL _____		
NUMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL _____			NUMERO DE TELÉFONO ALTERNO _____		
CORREO ELECTRÓNICO _____			FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____		
EDAD _____	SEXO _____	ORIGEN ETNICO _____	ESTADO MARITAL _____		
NUMERO DE DEPENDIENTES _____	ESTADO DE EMPLEO (POR FAVOR CIRCULE)		EMPLEADO	DESEMPLEADO	RETIRADO(A)
TIEMPO COMPLETO	MEDIO TIEMPO	FUENTE(S) DE INGRESO	SALARIO	SEGURO SOCIÁL	PENSIÓN
INGRESO MENSUAL \$ _____			DESEMPLEO	OTRO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR _____					
¿CUÁNTAS PERSONAS EN SU HOGAR SUSTENA ESTE INGRESO? _____					
¿TIENE ACTUALMENTE UNA CONDICIÓN DE SALUD? SI _____ NO					
¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA? _____					
SI FUE REFERIDO POR UNA AGENCIA ESTATAL O FEDERAL, ¿QUÉ AGENCIA? _____					
¿ERES VETERANO? SI NO					



ESTADO DE NEVADA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
 Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud
 Oficina para Pacientes Hospitalizados
 3320 W. Sahara Ave., Suite 100 | Las Vegas, Nevada 89102
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586
 Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA		
OCHA CASE #	_____	
OMBUDSMAN	_____	
SCANNED:	BY: _____	DATE: _____
CONSUMER DATE OF BIRTH: _____		

CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, autorizo la divulgación de toda información protegida y/o
(escriba su nombre en letra de molde)

de salud confidencial de mi plan de salud (compañía de seguro), médico, hospital, tercero administrador, compañía de administración de utilización o cualquier otro proveedor o entidad de atención a la salud relacionada de alguna manera con mi "Solicitud de Asistencia" al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud (OCHA), Oficina para Pacientes Hospitalizados. Asimismo, autorizo a OCHA a divulgar dicha información según considere necesario para resolver mi "Solicitud de Asistencia", lo cual incluye pero no se limita a la divulgación de dicha información a otras agencias gubernamentales, proveedores de atención de la salud, representantes de mi compañía de seguro, expertos en atención de la salud o seguros u otros.

Entiendo que esta autorización entra en vigencia inmediatamente y que puedo revocar esta autorización dentro de los cinco (5) días mediante aviso por escrito a OCHA y a mi plan de salud (compañía de seguro), médico, hospital, tercero administrador, compañía de administración de utilización o a cualquier otro proveedor o entidad de atención de la salud. La excepción a este derecho existe si ya se han tomado medidas como resultado de esta autorización. La presente autorización para divulgación es efectiva durante un año a partir de la fecha de la firma. Asimismo entiendo que puedo revisar o copiar la información utilizada o divulgada.

Entiendo que este es un consentimiento necesario y firmo esta autorización de manera voluntaria antes de que cualquiera de las partes de esta causa puedan analizar cualquier información pertinente a mi caso. Por medio de este Consentimiento/Autorización para el Uso y Divulgación de Información Protegida de la Salud - Información Confidencial, renuncio a todos los derechos que pudiera tener ahora o en el futuro para iniciar acciones legales contra OCHA o la persona o institución que divulgue la información, por cualquier daño causado directa o indirectamente por la divulgación de dicha información. Asimismo entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización está sujeta a nueva divulgación por parte del receptor y dejará de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Además, entiendo que puedo inspeccionar o tomar copias de la información utilizada o divulgada.

AUTORIZO A OCHA HABLAR CON MI REPRESENTANTE DESIGNADO A CONTINUACIÓN (*familiar, amigo(a), representante legal**) ACERCA DE MI CASO:

 Nombre en letra de molde del representante designado Firma del representante personal Parentesco
 Número de teléfono del representante personal/designado: _____

X _____
Firma del consumidor o *representante legal **Fecha de Firma**

*Adjunte documentación de representación legal - requerida al presentar el formulario.

ESTA PUBLICACIÓN ES EFECTIVA POR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE FIRMA.

CIRCULE Y COMPLETE LA CATEGORÍA QUE MEJOR DESCRIBE SU PROBLEMA:

Compensación laboral	Fecha de la lesión: _____ Parte del cuerpo: _____	
	Compañía de seguro/tercero administrador: _____	
	N.º de teléfono: _____	N.º de reclamo: _____
	Nombre del Empleador: _____	
Medicare/Medicaid	N.º de ID de Medicare/Medicaid _____	
	Plan de Medicare Advantage (Por ejemplo: Senior Dimensions, Humana)	SI NO No sé
	Nombre del plan de Medicare Advantage: _____	
Seguro	Compañía de seguro: _____ N.º de teléfono _____	
	N.º de póliza/grupo _____	N.º de Identificación _____
	¿Se ha comunicado con la compañía de seguro?	SI NO Nombre del contacto: _____
Facturación del hospital	Nombre del hospital: _____	
	N.º de teléfono _____	
	(Por favor, adjunte una copia de todas las facturas)	
Facturación del médico	Nombre del médico/proveedor de servicios de cuidado de salud: _____	
	N.º de teléfono _____	
	(Por favor, adjunte una copia de todas las facturas)	
Sin seguro médico	¿Cuánto tiempo ha estado sin seguro médico? ____ Año(s) ____ Mes(es)	
	¿Ha utilizado hasta ahora recursos de la ciudad, el condado, el estado, o federales?	SI NO
	De ser así, cuales ha utilizado? _____	
	¿Es usted residente de Nevada elegible para comprar un seguro de salud?	SI NO

POR FAVOR, DESCRIBA SU PROBLEMA O PREOCUPACIÓN: (UTILICE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO)

¿CUÁL SERÍA PARA USTED UNA RESOLUCIÓN JUSTA DE SU PROBLEMA/PREOCUPACIÓN?

Certifico que la información suministrada en la presente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

X _____
Firma del consumidor o *representante legal

Fecha



ESTADO DE NEVADA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
 Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud
 Oficina para Pacientes Hospitalizados
 3320 W. Sahara Ave., Suite 100 | Las Vegas, Nevada 89102
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586
 Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

DESIGNACIÓN DE OCHA COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO

(Complete este formulario ÚNICAMENTE si está asegurado.)

NOMBRE _____		N.º DE CASO DE GovCHA _____	
DOMICILIO _____	CIUDAD _____	ESTADO ____	ZIP CODE _____
N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL _____		N.º DE TELÉFONO ALTERNO _____	
NOMBRE DEL PLAN DE SALUD _____	N.º DE TELÉFONO _____	N.º DE RECLAMO _____	
N.º DE IDENTIFICACIÓN DE PÓLIZA/GRUPO _____	N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO _____		

Yo, por la presente, designo al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud (OCHA), Oficina para Pacientes Hospitalizados para actuar como mi representante para solicitar una reconsideración de una denegación de cobertura/reclamo por parte del plan de salud mencionado anteriormente. Autorizo OCHA a realizar la solicitud de apelación, presentar o recabar evidencia, a obtener información de apelaciones, y a recibir cualquier aviso en conexión con mi apelación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi apelación puede ser divulgada a esta persona. NRS223.500

X _____
 Firma del consumidor

 Fecha

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Appointed Representative _____

Above appointment accepted by GovCHA? YES NO