



ESTADO DE NEVADA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
 Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud
 Oficina para Pacientes Hospitalizados
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101
 (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: <input type="checkbox"/>	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
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101
 (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: <input type="checkbox"/>	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 contacto: _____ 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) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO De ser así, cuales ha utilizado? _____ ¿Es usted residente de Nevada elegible para comprar un seguro de salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101
 (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

 Signature of Appointed GovCHA Representative

 Date



ESTADO DE NEVADA
 DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud
 Oficina para Pacientes Hospitalizados
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101
 (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:	<input type="checkbox"/>	BY: _____ QAS: _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA CONTRATO DE COMPORTAMIENTO

LEA ATENTAMENTE: antes de presentar una solicitud de asistencia con el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nevada, la Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud ("OCHA"), Oficina para Pacientes Hospitalarios, lea y firme este Contrato de Comportamiento.

La Oficina de Asistencia para al Consumidor de Salud se esforzará para abogar por usted de la mejor manera posible, para ayudarlo a obtener servicios relacionados con la salud para los cuales puede ser elegible. Esto se hará en un ambiente que sea seguro y cómodo tanto para el personal como para todos los consumidores.

El siguiente "Contrato de comportamiento" es un acuerdo por el cual los consumidores acuerdan cumplir para que el personal lo defienda y lo ayude.

El personal de la Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud:

- Proporcionar un servicio respetuoso y cortés.
- Actuar de manera profesional.
- Acuerdo con las políticas y regulaciones de los programas de asistencia ofrecidos.
- Hacer todo lo posible para satisfacer sus necesidades dentro de los 14-30 días hábiles; Sin embargo, algunos casos tomarán más tiempo dependiendo de la complejidad.

** Nuestra oficina se comunica con varias agencias asociadas para atender su necesidad. Por lo tanto, los plazos para la resolución de casos pueden variar o depender de la cooperación y la velocidad de otras agencias. La velocidad del flujo de trabajo para otras agencias no está bajo nuestro control. Además, nuestra oficina no es un servicio de emergencia, y nuestra capacidad para abogar en su nombre requiere su participación.

Cada consumidor y / o sus representantes autorizados:

- Tratar al personal con cortesía y respeto.
- Hable en voz moderada en todo momento, en persona y por teléfono.
- Abstenerse de hacer declaraciones despectivas, intimidantes, discriminatorias o sexualmente inapropiadas.
- Abstenerse de profanidades y amenazas de violencia, o actuar de manera violenta hacia el personal
- Mantener un comportamiento adecuado en todo momento en el vestíbulo y la oficina de OCHA.
- Cumplir con las regulaciones y políticas del Estado de Nevada con respecto al tratamiento de los ciudadanos. Empleados de acuerdo con el estatuto revisado de Nevada 199.300.
- Evite hacer múltiples llamadas, dejar mensajes múltiples o enviar múltiples correos electrónicos, solicitando La misma información en el mismo día.

Certifico que he leído, entiendo y acepto la información anterior.

X _____
Firma del consumidor o representante legal

Fecha