



ESTADO DE NEVADA
OFICINA DE ASISTENCIA AL CONSUMIDOR DE SALUD
AGENCIA PARA PACIENTES DE HOSPITAL
OFICINA DE SALUD DE LAS MINORÍAS
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586
 http://dhhs.nv.gov/cha.htm Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA		
GovCHA CASE #	_____	
CCIO CASE #	_____	
SCANNED: <input type="checkbox"/>	BY: _____	QAS: _____

SOLICITUD DE ASISTENCIA

TENGA EN CUENTA QUE ESTA OFICINA NO BRINDA ASISTENCIA FINANCIERA

Antes de presentar una Solicitud de Asistencia en la Oficina de Asistencia de Salud al Consumidor ("CHA") del Estado de Nevada, Agencia para Pacientes de Hospital, Oficina de Salud de las Minorías, primero debe comunicarse con su compañía de seguro de salud/hospital, para intentar 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 en el formulario. 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.

ES LA POLÍTICA DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DE SALUD AL CONSUMIDOR RETIRAR 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 siendo representado por un abogado para esta problema? **SÍ** _____ **NO** _____

¿Hay actualmente una demanda en curso o pendiente? **SÍ** _____ **NO** _____

NOMBRE _____ N.º DE SEGURO SOCIAL (ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS) XXX-XX-_____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

N.º DE TELÉFONO PRINCIPAL _____ N.º DE TELÉFONO ALTERNATIVO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA OFICINA? _____

SI FUE DERIVADO POR UNA AGENCIA ESTATAL O FEDERAL, ¿QUÉ AGENCIA LO HIZO? _____

Las preguntas a continuación le proporcionan al Gobierno Federal información para mejorar los servicios

EDAD _____ SEXO _____ ORIGEN ETNICO _____ NIVEL DE EDUCACIÓN _____ ESTADO CIVIL _____

SITUACIÓN LABORAL _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ TAMAÑO DE LA EMPRESA EMPLEADORA (PEQ, MED., GRANDE) _____

SITUACIÓN LABORAL DEL CÓNYUGE _____ TAMAÑO DE LA EMPRESA EMPLEADORA DEL CÓNYUGE (PEQ, MED, GRANDE) _____ ¿TRABAJA POR CUENTA PROPIA? SÍ _____ NO _____

¿PADECE DE ALGUNA CONDICIÓN DE SALUD? _____ SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE, INDIQUE LA CONDICIÓN _____

FUENTE DE INGRESO _____ INGRESO MENSUAL \$ _____ ¿HA HABIDO UN CAMBIO EN SU INGRESO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? _____

¿A CUÁNTAS PERSONAS SUSTENA CON SU INGRESO? _____ ¿ES USTED UN VETERANO? _____

HAGA UN CÍRCULO LLENE LA CATEGORÍA QUE DESCRIBA MEJOR 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) SÍ _____ 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 puesto en contacto con la compañía de seguro? ___ Sí ___ 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	¿Durante cuánto tiempo ha estado sin seguro médico? ___ Año(s) ___ Mes(es) ¿Ha utilizado hasta ahora alguno de los recursos de la ciudad, el condado o el estado? SÍ _____ NO _____ De ser así, cuales ha utilizado? _____
Otro (indique a continuación)	

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.

Firma del consumidor o representante legal*

Fecha

****Es necesario contar con la documentación que acredite la representación legal***



ESTADO DE NEVADA
OFICINA DE ASISTENCIA AL CONSUMIDOR DE SALUD
AGENCIA PARA PACIENTES DE HOSPITAL
OFICINA DE SALUD DE LAS MINORÍAS
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586
 http://dhhs.nv.gov/cha.htm Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA	
GovCHA CASE # _____	
CCIO CASE # _____	
SCANNED: <input type="checkbox"/>	BY: _____ QAS: _____

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

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" a la Oficina del Defensor del Consumidor de Salud del Gobernador del Estado de Nevada, la Oficina de Asistencia de Salud al Consumidor, la Agencia para Pacientes de Hospital o a la Oficina de Salud de las Minorías, ("GovCHA"). Asimismo, autorizo a "GovCHA" 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 "GovCHA" 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 "GovCHA" 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.*

Esta autorización expira el: _____
 (un año a partir de la fecha de la firma)

AUTORIZO A GovCHA 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: _____

 Firma del consumidor Fecha



ESTADO DE NEVADA
OFICINA DE ASISTENCIA AL CONSUMIDOR DE SALUD
 AGENCIA PARA PACIENTES DE HOSPITAL
 OFICINA DE SALUD DE LAS MINORÍAS
 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101
 (702) 486-3587 – Número Gratuito (888) 333-1597 – Fax (702) 486-3586
 http://dhhs.nv.gov/cha.htm Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

DESIGNACIÓN DE GovCHA 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 a la **Oficina del Defensor del Consumidor de Salud del Gobernador del Estado de Nevada, a la Oficina de Asistencia al Consumidor de Salud, a la Agencia para Pacientes de Hospital y a la Oficina de Salud de las Minorías ("GovCHA")** para actuar como mi representante para solicitar una reconsideración de una denegación de cobertura/reclamo por parte del plan de salud mencionado anteriormente. Autorizo a GovCHA 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*

 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