

Fecha:

Partido Responsable/Nombre

Numero de Seguro Social

Direccion

Tel. de casa

Tel de familiar

Ciudad

Estado

Codigo Postal

Hospital / Fecha de Admision

**PACIENTE**  
**AUTORIZACION PARA REPRESENTAR (ATR)**  
(Suspension de Informacion)

Hago **CONSTAR** que por medio de la presente autorizo a un Empleado, Agente o Representante Autorizado de RevCare a representarme ante cualquier Condado o Departamento Estatal del Trabajo y Servicios Familiares, la Corte de Reclamos de Ohio, la Administracion del Seguro Social y/o Administracion de Veteranos o cualquier otra Institucion Medica.

Hago **CONSTAR** que autorizo a mi representante para hacer o rechazar aplicaciones a mi nombre, pedir y comparecer en mi nombre a conferencias, audiencias, y otros procedimientos pertinentes para la aplicacion de ayuda a mi favor, o para otros miembros de mi familia.

**ENTIENDO** que toda esa informacion sera usada solo como ayuda para obtener la cantidad total disponible de Prestaciones Gubernamentales a los cuales tenga yo derecho.

**AUTORIZO** a que se abran y se liberen a mi representante todos mis archivos medicos, archivos de casos, reportes medicos y psiquiatricos (incluido si fuese necesario reportes relacionados con drogas, alcohol y VIH Positivo/Informacion de SIDA) y/o documentos relacionados conmigo o mi familia y que estan en manos de estas agencias.

**ENTIENDO** que esta Representacion sera usada para obtener Prestaciones Gubernamentales y se llevaran a cabo SIN COSTO ALGUNO para mi o mi familia.

**ESTA AUTORIZACION** tendra efecto hasta que yo la revoque por escrito.

**Una fotocopia de este documento tendra la validez de una original.**

**Por favor, complete la información adicional en la parte posterior.**

FIRME AQUI

Firma

Fecha

Testigo

## INVESTIGACION MEDICA de ALCANCE

**Las Instrucciones: Por favor completar las preguntas, debajo del #1-10 para que nos puedan ayudar para poder determinar su elegibilidad para su cobertura medica. Su ayuda oportuna con esta informacion permitira procesar su cuenta mas rapido!**

1. Tiene seguro medico?  Si  No En caso afirmativo, envíe una copia de la tarjeta en el sobre adjunto.

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  
(por favor incluya PPO, HMO Select, etc)

Nombre del grupo: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscript: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Su relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Cuando comienza la cobertura?: \_\_\_\_\_

(Dorso de la tarjeta) Seguro de la direccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefono del seguro (proveedor) de: \_\_\_\_\_

2. Estas trabajando?  Si  No En caso afirmativo, cual es su ingreso bruto (antes de impuestos) para:

Mes de servicio \_\_\_\_\_ 3 meses antes \_\_\_\_\_ 12 meses antes \_\_\_\_\_

Si no, cuanto tiempo sin empleo? \_\_\_\_\_ como apoyar a uno mismo? \_\_\_\_\_

3. Si eres de SSI o SSD?  Si  No

4. Ha solicitado SSI o SSD?  Si  No En caso afirmativo, cuando \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si no, cuanto tiempo sin empleo \_\_\_\_Pendientes \_\_\_\_Denegado \_\_\_\_Atractivo

5. Usted siente que esta sin empleo durante 12 meses o mas?  SI  No

En caso afirmativo, cual es su discapacidad? \_\_\_\_\_

De que manera su discapacidad afecta su habilidad para trabajar? \_\_\_\_\_

Su medico piensa que usted es discapacitado?  Si  No

Nombre del medico \_\_\_\_\_ Numero de telefono del medico \_\_\_\_\_

6. Tiene hijos menores de 18 anos en su custodia?  Si  No

7. Esta embarazada?  Si  No 8. Estado civil?  Soltero  Divocado  Casado  Seperado  Viudo

Lista de los miembros de la familia en su casa: (miembros de la familia se encuentran los cónyuges y los hijos menores bajo su custodia. Si el paciente es menor de la familia, los miembros incluyen a los padres y hermanos o hermanas menores.)

Nombre	Relacion	Fecha de Nacimiento

9. Por favor, indique un numero de telefono donde puede ser contactado: \_\_\_\_\_

10. Por favor, verifique la mejor direccion para enviar su informacion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_