

Nombre: _____ Dirección Física: _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Dirección Postal (si es diferente de la dirección física): _____
 Ciudad: _____ Código Postal: _____
 Teléfono #: _____ Teléfono Alternativo #: _____ Correo Electrónico: _____

Numero de Medicare: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Vigencia de Medicare: **Parte A** ____/____/____ **Parte B** ____/____/____

Nombre del plan de recetas o Plan de
 Medicare Advantage:

Medi-Cal	Si	No
Plan de Retiro	Si	No
Plan de Trabajo	Si	No
Tricare	Si	No
Beneficios VA	Si	No



Nombre de Farmacia:

Número de Teléfono:

¿Recibe sus medicamentos por correo?
☐ Sí ☐ No ☐ Ambos

¿Le gustaría ver precios de
 medicamentos enviados por correo?
☐ Sí ☐ No

Estado Civil: _____
 Origen Étnico: _____

1.Cuál es su género?
☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Transgénero Masculino
☐ Transgénero Femenino
☐ Genero Variante/Genero no binario
☐ No especificado. Especifique: _____
☐ No deseo especificar

2.Cuál fue su género al nacer?
☐ Masculino
☐ Femenino
☐ No deseo especificar

3. Como describe su orientación sexual o identidad sexual?
☐ Heterosexual
☐ Bisexual
☐ Gay/Lesbiana/amor del mismo genero
☐ En duda/sin determinar
☐ No especificada. Especifique: _____
☐ No deseo especificar

¿Alguien le ayudó a llenar esta forma?
☐ Sí ☐ No
 Nombre: _____
 Relación: _____
 Teléfono: _____

También debe completar el reverso de esta hoja

Kern County Aging & Adult Services, Health Insurance Counseling & Advocacy Program (HICAP)

5357 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA 93309

661-868-1000 1-800-434-0222

Nombre de Receta (Debe escribir el nombre completo como aparece en la etiqueta)	Si toma el nombre de marca, ¿puede sustituir con el genérico? Si o No	Dosis y Forma (tableta, capsula, liquido, crema, etc.)	Frecuencia (Cuantas toma por día)
Ejemplo: Atropine Diphenoxylate ER		2.5 – 0.025 MG – TABLETA	1 al Día

Declaración De Divulgación: El servicio de consejería de HICAP es proporcionado por consejeros capacitados, y registrados por el Departamento de Ancianos de California, quienes actúan de buena fe para proporcionar la información independiente e imparcial sobre los seguros médicos y sus beneficios. Ellos no respaldan o recomiendan ningún plan específico. Cualquier información presentada por los voluntarios de HICAP no deberá ser interpretada como consejo legal, y los voluntarios no son responsables por actos u omisiones que se provean a los destinatarios del servicio. (W&I Code, Section 9541 (f).) Si usted elige un plan y tiene dificultad en completar las formas necesarias o el proceso de inscripción, el consejero de HICAP le podrá asistir. Sin embargo, usted será responsable por el contrato con el plan. El consejero de HICAP NO escogerá un plan para usted.

Lea la Declaración De Divulgación y firme aquí: X **Fecha**

“Este programa cuenta con el apoyo de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. como parte de una concesión de asistencia financiera por un total de \$360,617 con financiamiento del 100 por ciento de ACL/HHS. El contenido es del autor(es) y no representa necesariamente la opinión oficial ni el respaldo de ACL/HHS o del gobierno de los EE. UU.”

**Para enlistar medicamentos adicionales favor de usar una hoja de papel separada y envíela junto con esta forma*