

UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCAPACIDAD - FORMULARIO MÉDICO SOLAMENTE para que lo complete el MÉDICO o la MÉDICA

DOCTOR O DOCTORA TRATANTE: Complete toda la información exigida y sea específico. Conserve copia para su registro.

Fondo de Salud y Bienestar de UFCW, noreste de Pensilvania
3031 B Walton Road
Plymouth Meeting, PA 19462
Tel: (610) 941-9400 Fax: (610) 941-9602

INFORMACIÓN SOBRE LA/EL PACIENTE

Fecha de la consulta: _____/_____/_____

Nombre del o de la paciente: _____	_____	_____
Dirección del o de la paciente: _____	Ciudad: _____	Estado: _____
Fecha de nacimiento: _____/_____/_____	Número de seguridad social: XXX-XX-_____	

Diagnóstico y afecciones conexas (incluidos códigos de diagnóstico ICD-9):

INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO

Fecha estimada de parto: _____	Complicaciones, de existir: _____
--------------------------------	-----------------------------------

SE REQUIERE LLENAR ESTA SECCIÓN EN LA CONSULTA INICIAL

¿La afección se debe a una lesión o enfermedad derivada del empleo del o la paciente? Sí No

Proporcione una explicación:

Fecha en que ocurrió el accidente o aparecieron los primeros síntomas:

¿Cuándo consultó el/la paciente por primera vez por esta afección?

¿El o la paciente ha tenido alguna vez la misma afección o similar en el pasado? Sí No

Proporcione una explicación:

¿El o la paciente tiene comorbilidades u otras afecciones que contribuyan a la discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, explique:

¿El paciente o la paciente informó sobre alguna otra cobertura (por ejemplo, seguro de automóvil u otro beneficio por discapacidad)? Sí No

En caso afirmativo, explique:

INFORME DE SERVICIOS (o adjuntar factura detallada)

Nota: Si se envió un formulario anterior al Fondo, indique solo las fechas y servicios desde el último informe

Fecha del servicio	Lugar del servicio	Descripción de servicios médicos o quirúrgicos	Código de procedimiento Nombre si no corresponde a CPT

IO – Consultorio médico OH – Hospital, consulta ambulatoria H – Domicilio del o la paciente OL – Otro lugar
IH – Hospital, consulta interna NH – Residencia de ancianos SPU – Unidades para procedimientos breves

¿Al inicio del accidente o enfermedad hubo hospitalización del o la paciente? Sí No ¿Desde la última consulta? Sí No

Nombre del hospital: _____ Dirección del hospital: _____

Fecha de hospitalización: Desde: _____ Hasta: _____

UFCW Health and Welfare Fund of Northeastern Pennsylvania

FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCAPACIDAD - FORMULARIO MÉDICO SOLAMENTE para que lo complete el MÉDICO o la MÉDICA

DOCTOR O DOCTORA TRATANTE: Complete toda la información exigida y sea específico. Conserve copia para su registro.

Nombre del o de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

PLAN DE TRATAMIENTO

¿Todavía atiende al o la paciente por esta afección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Fecha de la próxima consulta programada:			
¿Consulta o derivación a especialista?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Solo consulta	<input type="checkbox"/> Derivación/cogestión	<input type="checkbox"/> Se transfiere	
<input type="checkbox"/> Pruebas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Medicina física	<input type="checkbox"/> DME o suministros médicos	<input type="checkbox"/> Intervención quirúrgica
Medicación actual (indique dosis y frecuencia):			

FUNCIONALIDAD Y CONDICIÓN LABORAL

¿El o la paciente tiene o tendrá discapacidad total y continua (no podrá trabajar)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Desde:	Hasta:			
¿El o la paciente tenía o tendrá que permanecer en su casa?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Desde:	Hasta:
Si existe discapacidad, fecha anticipada para regresar al trabajo (no responda a determinarse o indeterminado):				
¿Paciente de alta para volver a trabajar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha:	
En caso afirmativo:	<input type="checkbox"/> Sin restricciones	<input type="checkbox"/> Con restricciones		
Si el alta es con restricciones, enumere restricciones específicas, limitaciones, horas o programa de regreso gradual al trabajo:				

DOCTOR O DOCTORA: LEA Y FIRME DEBAJO:

Según lo dispuesto por la Resolución 69-595 del IRS (autoridad tributaria) estamos obligados a obtener su Número de Seguridad Social (Número de Identificación del Empleador en el caso de asociaciones, empresas y otros proveedores que no sean personas físicas) cuando otorguemos beneficios directamente. En consecuencia, complete la sección a continuación y envíe este formulario a la dirección antes indicada. Gracias por su cooperación.

Nº de seguridad social: _____ - _____ - _____	Nº de identificación del empleador	
Nombre del médico o la médica (en imprenta):	Título:	
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:
Código postal:		
Nº de teléfono	Nº de fax	

Firma (médico o médica tratante)

Fecha

ESTE FORMULARIO SE DEBE ENVIAR A:

Fondo de Salud y Bienestar de UFCW, noreste de Pensilvania
3031 B Walton Rd, Plymouth Meeting, PA 19462
Tel: 610-941-9400 Fax: 610-941-9602