# Diario Personal de Asistencia Médica

**Administración sobre el Envejecimiento de los EE.UU.**

¡Adopte un papel activo en su propia asistencia médica!

- **Proteja** su información personal
  - Cuide sus números de Medicare, Medicaid y de Seguro Social como si fuesen sus números de tarjetas de crédito
  - Recuerde, ¡Medicare no le llamará ni lo visitará para venderle nada!
  - Guarde los Resúmenes de los Estados de Cuenta de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) y las Explicaciones de los Beneficios de la Parte D (EOB, por sus siglas en inglés), pero destrúyalas cuando ya no le sean útiles.

- **Detecte** los errores, fraudes y abusos
  - Examine siempre sus Resúmenes de los Estados de Cuenta de Medicare y las Explicaciones de los Beneficios de la Parte D para descubrir errores.
  - Compárelos con los medicamentos bajo receta y sus registros en este diario.
  - Visite el sitio www.mymedicare.gov para acceder a su cuenta de Medicare por Internet.
    Asegúrese de buscar: Cargos por algo que usted no haya recibido, facturación doble por una misma cosa y servicios que no fueron ordenados por su médico.

- **Informe** los errores o dudas
  - Si sospecha errores, fraudes o abusos, ¡infórmelos inmediatamente! Llame en primer lugar a su proveedor. Si no queda satisfecho con la respuesta obtenida, llame a la Patrulla de Medicare para Personas Mayores (SMP, por sus siglas en inglés)

## Instrucciones para utilizar su diario personal...

- Lleve este diario a todas sus citas médicas.
- Hágase estas preguntas antes de su cita médica.
  - ¿Estará cubierta esta cita por Medicare o mis otros seguros?
  - ¿Cuáles son mis síntomas? ¿Cuándo comenzaron? ¿Qué cosas los mejoran o empeoran?
  - ¿Qué medicamentos sin receta médica o con receta médica estoy tomando?
- Escriba en este diario las respuestas a estas preguntas, así como lo que ocurra durante su visita.
  - Asegúrese que comprende suficientemente lo que le está diciendo su médico antes de salir del consultorio. Si no lo entiende, pídales que le expliquen de una manera más clara lo que le están diciendo.
- Lleve este diario consigo cuando viaje para casos de emergencia.
- Use este diario cuando esté verificando la exactitud de sus documentos de Medicare y de asistencia médica.

| | |
|---|---|
| Su SMP local | 1-800-247-4422 |
| ¿Preocupaciones sobre la calidad de la asistencia médica? Contacte a su Organización para el Mejoramiento de la Calidad, (QIO, por sus siglas en inglés) | www.qualishealth.org |
| Administración del Seguro Social | 1-800-772-1213<br>1-800-325-0778 (teléfono de texto para los sordos. TTY, por sus siglas en inglés) |
| Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) | 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227<br>1-800-486-2048 TTY |
| Línea Directa de Informes Oportunos, Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HSS, por sus siglas en inglés) | 1-800-HHS-TIPS |
| Comisión Federal de Comercio: Línea Directa de robo de identidad | 1-877-438-4338 |
| Localizador de asistencia a las personas mayores | www.eldercare.gov |
| Programas estatales de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) | www.shiptalk.org |
| Defensor del pueblo para la asistencia médica a largo plazo | www.ltcombudsman.org |
| Localizador de SMP | www.smpresource.org |

## Información personal

Nombre:

Nombre del médico:

Nombre de la clínica: Teléfono: ( )

Dirección de la clínica:

Ciudad, Estado y Código postal

Nombre del farmacéutico Teléfono: ( )

Contacto en casos de emergencia: Teléfono: ( )

*Si encuentra este diario, por favor devuélvalo a la oficina del médico. Gracias*

**2012**

### Enero

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

### Febrero

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | | | |

### Marzo

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

### Abril

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | | | | | |

### Mayo

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

### Junio

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

### Julio

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

### Agosto

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

### Septiembre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | | | | | | |

### Octubre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |

### Noviembre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |

### Diciembre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

**2013**

### Enero

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

### Febrero

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | | |

### Marzo

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

### Abril

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | | | | |

### Mayo

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

### Junio

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | | | | | | |

### Julio

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |

### Agosto

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

### Septiembre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | | | | | |

### Octubre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

### Noviembre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

### Diciembre

| S | M | T | W | T | F | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

# Lista de citas médicas

| Fecha | Médico / Teléfono | Motivo de la visita |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# Lista de citas médicas

| Fecha | Médico / Teléfono | Motivo de la visita |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## Hábitos personales

Acostumbra usted:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Consume bebidas alcohólicas | [ | ] tragos al día | Ejercicio: | [ | ] minutos semanales |
| Actualmente fuma: | [ | ] cajetillas diarias | Ha fumado por | [ | ] años |

## Alergias

| Fecha | ¿Alérgico a qué? | Síntomas / reacciones |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Afección | Cuándo se le diagnosticó al **paciente** | ¿Su padre, madre o hermanos sufren de la misma condición? |
|---|---|---|
| Asma: | | |
| Cáncer, tipo: | | |
| Diabetes, tipo: 1 2 | | |
| Cardiopatía (enfermedad del corazón): | | |
| Presión sanguínea elevada: | | |
| Colesterol elevado: | | |
| Derrame cerebral: | | |
| Condiciones crónicas: | | |
| Depresión: | | |
| Demencia: | | |

Utilice este espacio para llevar la cuenta de sus medicamentos y cualquier otro cambio que hiciera el personal de su farmacia.

| Nombre del medicamento | Dosis | Instrucciones | Para | Fecha de comienzo |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Utilice este espacio para llevar la cuenta de sus medicamentos y cualquier otro cambio que hiciera el personal de su farmacia.

| Nombre del medicamento | Dosis | Instrucciones | Para | Fecha de comienzo |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# Lista de equipos y suministros médicos

| Fecha | Equipo | Abastecedor del equipo | Médico que recomienda el equipo |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# Lista de operaciones / cirugías

| Fecha | Tipo de operación | Hospital / Clínica |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

Fecha

Médico / Proveedor de asistencia médica

| Duda / Síntomas / Problemas | Respuestas / Explicaciones |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Plan de asistencia médica / Instrucciones especiales de su médico

Datos personales de salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| Peso: | | Colesterol: | |
| Presión sanguínea: | | Glucosa sanguínea: | |

| Nombre de la prueba | ¿Qué es? | ¿La cubre Medicare B? |
|---|---|---|
| Exámenes de calcio en los huesos | Ayuda a determinar si usted corre el riesgo de fracturas | Sí, cada 24 meses si es propenso a sufrirlas |
| Examen del corazón | Pídale a su médico que le administre la prueba de niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos | Sí, cada 5 años |
| Examen para detectar la presencia de cáncer colorectal | Encuentra excrecencias precancerosas y puede ayudar a detectar temprano el cáncer del colon | Sí, si tiene más de 50 años de edad o es propenso a sufrir de éste |
| Examen de diabetes | Usted puede recibir este examen si tiene alta presión sanguínea, dislipidemia, obesidad, historia de glucosa sanguínea alta o una o más de las siguientes características: Mayor de 65 años, sobrepeso, historia familiar de diabetes, parto de bebés que pesaron más de 9 libras. | Sí, con base a los resultados del examen, puede tener derecho a 2 exámenes anuales |

| Nombre de la prueba | ¿Qué es? | ¿La cubre Medicare B? |
|---|---|---|
| Vacuna contra la Gripe | Ayuda a prevenir la influenza o el virus de la gripe | Sí, en el otoño y el invierno |
| Examen de glaucoma | Ayuda a detectar la enfermedad ocular glaucoma, disponible si es propenso a sufrirla. | Sí, cada 12 años |
| Vacuna contra la hepatitis B | Ayuda a protegerlo de contraer la hepatitis B, una enfermedad del hígado | Sí, si es propenso en alto o mediano grado |
| Mamografía | Verifica la existencia de cáncer del seno antes de que usted o su médico puedan sentirlo | Sí, cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años |
| Prueba de Papanicolau y de la pelvis | Verifica si las mujeres sufren de cáncer vaginal o cervical | Sí, cada 24 meses o cada 12 meses si es propensa en alto grado |

| Nombre de la prueba | ¿Qué es? | ¿La cubre Medicare B? |
|---|---|---|
| Vacuna pneumococcica | Ayuda a evitar la pulmonía. La mayoría de las personas necesitan esto una vez | Sí |
| Exámenes de cáncer de la próstata | Ayuda a los hombres a detectar el cáncer de la próstata con un examen digital rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés). | Sí, cada 12 meses para hombres mayores de 50 años |
| Examen general único de “Bienvenida a Medicare” | Cubre una única revisión general de su estado de salud, así como servicios de educación y recomendaciones sobre otros servicios de prevención y cuidado de su salud. Aquí también se aplican gastos de deducibles de Medicare Parte B y gastos de co-seguro. | Sí, pero **sólo** dentro de los primeros 6 meses de cobertura de la Parte B de Medicare. |
| Asesoramiento para dejar de fumar | Ayuda a la gente mayor a dejar de fumar. Debe tener una enfermedad relacionada con fumar o se le debe haber prescrito una medicina cuyos efectos son afectados por el tabaquismo. El asesoramiento debe ser ordenado por un médico. | Sí, cubre 8 a 12 visitas |

Su programa SMP local ofrece lo siguiente:

- ANÁLISIS de facturas médicas o de los Resúmenes de los Estados de Cuenta de Medicare para detectar posibles errores o fraudes y abusos de los programas de Medicare y Medicaid.
- INFORMACIÓN acerca de cómo protegerse, informar y responder a las estafas de asistencia médica.
- ASISTENCIA para comunicarse con su médico u otros proveedores de atención médica para discutir problemas de facturación en el caso de que usted no se sienta cómodo(a) haciéndolo usted mismo.

Financiado parcialmente por la Administración sobre el Envejecimiento de los EE.UU.

# Proteja Detecte Informe

Visite el localizador SMP en: www.smpresource.org

IDOA Idaho Commission On Aging

www.aging.idaho.gov

SHIBA

Patrulla de Medicare para Mayores

SMP

Capacitando a los Mayores para Prevenir Fraude de Asistencia Medica

IDAHO