



AREA AGENCY ON AGING
REGION ONE, INCORPORATED

2027

CUESTIONARIO DE CONSULTA PARA MEDICARE

Puede obtener ayuda mejorada con sus opciones creando una Cuenta de Medicare.gov:

Para proveer una comparación de planes personalizada necesitará crear una cuenta en **Medicare.gov**. El objetivo es proveer una experiencia continua y transparente para ayudarlo a obtener la información que usted necesita para hacer buenas decisiones en su cuidado de salud.

Ya tiene una cuenta en Medicare.gov Nombre de Usuario: _____ Contraseña: _____ <i>Esta información será usada para completar su comparación de planes de Medicamentos o Advantage en el 2027.</i>	¿No tiene una cuenta de Medicare.gov? Para crear una cuenta en MyMedicare.gov haga un clic en "Inicia sesión o crea una cuenta" o su consejero de SHIP lo puede ayudar a crear una cuenta. <i>Para una comparación de planes personalizada usted tendrá que crear una cuenta.</i>
Autorización: Yo autorizo al Programa SHIP de Asistencia de Beneficios de Medicare usar mi cuenta en Medicare.gov para completar mi comparación de planes en el 2027. Firma: _____ Date: _____	

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sexo: H ☐ M ☐

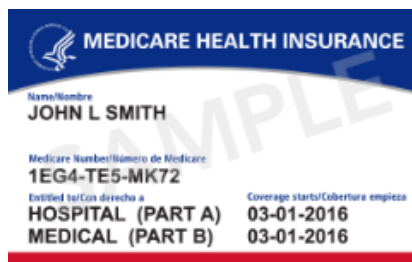
Nombre de su consejero: _____

Por Favor provea su número de Medicare exactamente como aparece en la tarjeta roja, blanca y azul que usted recibió del Seguro Social:

Numero de Medicare: _____

Part A: _____ - _____ - _____

Part B: _____ - _____ - _____



Quiere una comparación de: **Plan de Medicamentos** ☐ o un **Plan Advantage** ☐

Si elige un plan **Medicare Advantage**, incluya hasta **5 médicos de atención primaria o especialistas**.

	Doctor o Especialista (Nombre)	Doctor o Especialista (Apellido)
1		
2		
3		
4		
5		

Instrucciones: Provea el **NOMBRE COMPLETO** de cada medicación, incluyendo sufijos tales como Hcl, ER, SR, HFA etc., Indique si su medicamento es tableta, cápsula, crema, inhalador etc.

	Nombre del Medicamento <i>Ejemplo: Metformin Hcl</i>	Tableta, Capsula, etc.	Fuerza (10 mg)	Dosis por día
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Los resultados serán enviados a usted en un término de 10 días laborales. Por favor indique como quiere recibir sus resultados: Correo electrónico ☐ Correo regular ☐

La información incluirá los 3 planes que cubren sus necesidades de cuidado médico específicas.

El Programa de Asistencia de Beneficios SHIP no recomienda ni respalda ningún plan de medicamentos ni plan Medicare Advantage, y no se hace responsable del servicio prestado por estas compañías.

Revised: 10/05/2026