

## Lista de verificación de riesgos para la salud ambiental Cobertura de Medicare para personas expuestas a riesgos para la salud ambiental

### Paso 1: Identificar al individuo

(Completado por la oficina de campo)

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Número de Seguro Social (SSN)		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

### Paso 2: Identificar las condiciones relacionadas con el asbesto y la fecha del diagnóstico

(Completado por el proveedor)

Marque la casilla junto a las deficiencias diagnosticadas e imprima la fecha del diagnóstico.

Incapacidad	Código de diagnóstico	Evidencia médica mínima requerida
<input type="checkbox"/> Asbestosis	5010	Interpretación por un médico calificado lector B de una radiografía simple de tórax o interpretación de una radiografía tomográfica computarizada del tórax por un médico calificado
<input type="checkbox"/> Engrosamiento pleural Placas pleurales	5010	Interpretación por un médico calificado lector B de una radiografía simple de tórax o interpretación de una radiografía de tomografía computarizada del tórax por un médico calificado
<input type="checkbox"/> Mesothelioma	1630	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad del pulmón	1620	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad del colon	1530	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad del recto	1530	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad de la laringe	1950	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad del estómago	1510	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad del esófago	1500	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad de la faringe	1950	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> Malignidad del ovario	1830	Establecido mediante examen patológico de tejido de biopsia o citología del lavado bronquioalveolar.
<input type="checkbox"/> El individuo no tiene uno de los impedimentos mencionados anteriormente.		

Fecha del diagnóstico (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

**Paso 3: Identificar la presencia en el condado de Lincoln, Montana**

(Completado por el proveedor)

Esta persona estuvo presente en el condado de Lincoln, Montana, durante los siguientes períodos de tiempo:

Desde: (mm/aaaa)

Hasta: (mm/aaaa)

¿Sus registros con fecha anterior al 23 de marzo de 2010 indican que la persona estuvo presente en el condado de Lincoln, Montana, durante un total de al menos 6 meses durante un período que finalizó 10 años o más antes de la fecha de su diagnóstico del impedimento(s) marcado arriba?

Sí  No (SSA desarrollará presencia).

Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas e intencionalmente: (1) falsifique, oculte o encubra mediante cualquier truco, plan o dispositivo un hecho material; o (2) hace declaraciones o representaciones materialmente falsas, ficticias o fraudulentas, o hace o utiliza cualquier escrito o documento materialmente falso sabiendo que contiene cualquier declaración o entrada materialmente falsa, ficticia o fraudulenta, en relación con la entrega de o pago de beneficios, artículos o servicios de atención médica, será multado o encarcelado por no más de 5 años, o ambas.

Nombre impreso

Firma del médico

Fecha (dd/mm/aaaa)

proteger la integridad y mejorar los programas del Seguro Social y CMS (como a la Oficina del Censo y contratistas del Seguro Social y CMS). Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es en promedio menos de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la recopilación de información. Esta recopilación de información es necesaria para determinar la elegibilidad para la cobertura de Medicare de personas expuestas a riesgos ambientales para la salud. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244 -1850.

---