



# Diario Personal de Asistencia Médica

U.S. Administration for Community Living

## Massachusetts Senior Medicare Patrol Program

*¡Adopte un papel activo en su propia asistencia médica!*

800-892-0890 o visite [www.MASMP.org](http://www.MASMP.org)

*Si encuentra éste diario, devulvalo al consultorio del médico (ver la página 4).*



MEDICARE HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	
NAME OF BENEFICIARY JOHN DOE	
MEDICARE CLAIM NUMBER 000-00-0000-A	SEX MALE
ENROLLED TO HOSPITAL MEDICAL	EFFECTIVE DATE (PART A) 07-01-1986 (PART B) 07-01-1986
SIGN HERE	

➤ **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 sus Medicare Summary Notices (los Resúmenes de los Estados de Cuenta de Medicare) y sus Explanation of Benefits (las Explicaciones de los Beneficios de la Parte D, seguro de medicinas). Destruyalas 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 identificar errores.
- Compárelos con los medicamentos bajo receta y sus registros en este diario.
- Visite [www.mymedicare.gov](http://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 (MA 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 las 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, pídale que le expliquen de una manera más clara lo que le están diciendo.
- Lleve este diario consigo cuando viaje en casos de emergencia.
- Use este diario para ir verificando la exactitud de sus documentos de Medicare y de asistencia médica.

## Importantes Contactos en Massachusetts

<b>Massachusetts SMP (Senior Medicare Patrol) Program</b>	<b>1-800-892-0890</b>	<b><a href="http://www.masmp.org">www.masmp.org</a></b> <b><a href="http://www.medicareoutreach.org">www.medicareoutreach.org</a></b>
Attorney General's Office Elder Hotline	1-888-243-5337 TTY 617-727-4765	<a href="http://www.mass.gov/AGO">www.mass.gov/AGO</a>
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)	1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 TTY 1-800-486-2048	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>
Eldercare Locator	1-800-677-1116	<a href="http://www.eldercare.gov">www.eldercare.gov</a>
Executive Office of Elder Affairs (EOEA)	1-800-243-4636	<a href="http://www.800ageinfo.com">www.800ageinfo.com</a>
Federal Trade Commission (FTC) ID Theft Hotline	1-877-438-4338	<a href="http://www.consumer.gov/idtheft">www.consumer.gov/idtheft</a>
Fraud Tips Hotline Health Human Services Office of Inspector General	1-800-HHS-TIPS	<a href="http://www.oig.hhs.gov">www.oig.hhs.gov</a>
Livanta - Massachusetts' Quality Improvement Organization and Beneficiary and Family Centered Care QIO	1-866-815-5440	<a href="http://www.bfccqioarea1.com">www.bfccqioarea1.com</a>

## Importantes Contactos en Massachusetts

Programa de Mediación de Cuidado a Largo Plazo	1-800-243-4636	<a href="http://www.ltcombudsman.org">www.ltcombudsman.org</a>
MassHealth (Medicaid)	1-800-841-2900 TTY 1-800-497-4648	<a href="http://www.mass.gov/masshealth">www.mass.gov/masshealth</a>
Medicare	1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048	<a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>
Medicare Advocacy Project (Proyecto de Asistencia Legal en Asuntos de Medicare)	1-800-323-3205 617-371-1234	<a href="http://www.gbls.com">www.gbls.com</a>
Prescription Advantage (PA) (Programa de Asistencia con Recetas Médicas)	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)	<a href="http://www.800ageinfo.com">www.800ageinfo.com</a>
SHINE - Programa de Asistencia con Seguros de Salud	1-800-AGE-INFO (1-800-243-4636)	<a href="http://www.mass.gov/elders/health-care">www.mass.gov/elders/health-care</a>
Social Security Administration (SSA) (Administración del Seguro Social)	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778	<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>

## Información Personal

Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Médico:	Teléfono: (    )
Nombre del Médico Principal:	Teléfono: (    )
Nombre de la Clínica:	Teléfono: (    )
Farmacia:	Teléfono: (    )
Preferencia de Idioma:	Representación Legal:    Sí___ No___ (Power of Attorney)
Delegado de Salud:    Sí___ No___	Testamento (Living Will):    Sí___ No___
Nombre del Delegado de Salud:	Teléfono: (    )

## Historial de su Familia y Problemas de Salud/Condiciones Médicas

Alergias: Si___ No___	Historial de Familia/Condiciones Médicas	Deficiencias
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Sulfamina	<input type="radio"/> Abuso de Alcohol	<input type="radio"/> Respiración
<input type="radio"/> Barbitúrico <input type="radio"/> Antibióticos	<input type="radio"/> Trastorno Hemorrágico	<input type="radio"/> Oído
<input type="radio"/> Codeína <input type="radio"/> Tintes X-Ray	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Aprendizaje
<input type="radio"/> Demerol <input type="radio"/> Látex	Especifique Tipo: _____	<input type="radio"/> Cognitivo
<input type="radio"/> Lidocaína <input type="radio"/> Picaduras de insectos	<input type="radio"/> Cataratas	<input type="radio"/> Movilidad
<input type="radio"/> Morphina <input type="radio"/> Maní	<input type="radio"/> Enfermedades de Corazón	<input type="radio"/> Habla
<input type="radio"/> Novocaína <input type="radio"/> Mariscos	<input type="radio"/> Hemodiálisis	<input type="radio"/> Visión
<input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Otros	<input type="radio"/> Alta Presión Arterial	<input type="radio"/> Otro

## Acostumbra Usted:

## Hábitos Personales

Consume Bebidas Alcohólicas: Si\_\_ No\_\_    Cuantos Tragos por Día: [   ]

Ejercicio: Si\_\_ No\_\_ [   ] Minutos por Semana

Actualmente Fuma: Si\_\_ No\_\_ [   ] Cajetillas Diarias    Ex Fumador: Si\_\_ No\_\_ [   ] Años

## Condiciones Médicas Actuales

Fecha de Diagnóstico	Condiciones Médicas/Diagnóstico	Nombre de Doctores



## Condiciones Médicas Actuales

Fecha de Diagnóstico	Condiciones Médicas/Diagnóstico	Nombre de Doctores

## Pruebas, Proyecciones y Otros Servicio

Para una descripción más completa y amplia de las pruebas, proyecciones y otros servicios cubiertos por Medicare, consulte el libro **Medicare y Usted** en el año actual. Si usted necesita el libro **Medicare y Usted**, visite [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-633-4227.

## Lista de las Hospitalizaciones, Cirugías y Otro Procedimientos

Fecha	Hospital/Clínica	Procedimiento/Cirugía	Razón

## Lista de las Hospitalizaciones, Cirugías y Otro Procedimientos

Fecha	Hospital/Clínica	Procedimiento/Cirugía	Razón

## Lista de Otros Médicos y Especialistas

Nombre de Médico/Especialista	Teléfono	Especialidad

## Lista de Otros Médicos y Especialistas

Nombre de Médico/Especialista	Teléfono	Especialidad

**Las Páginas 12 a 15** son para anotar todas sus citas.

**Las Páginas 16 y 17** son para anotar todas sus vacunas.

**Las Páginas 19 a 23** son para anotar todos sus medicamentos.

**Las Páginas 24 y 25** son para anotar equipos médicos durables y otros surtidos.

**Las Páginas 26 a 45** son para anotar su experiencia con sus médicos. Asegurese también de anotar sus preguntas, síntomas, problemas y anote todas las respuestas y explicaciones de sus doctores.

Fecha	Médico/Teléfono	Motivo de la Visita	Resultado

## Lista de Citas Médicas

Fecha	Médico/Teléfono	Motivo de la Visita	Resultado

## Lista de Citas Médicas

Fecha	Médico/Teléfono	Motivo de la Visita	Resultado



## Lista de Citas Médicas

Fecha	Médico/Teléfono	Motivo de la Visita	Resultado

El Centro para Control y la Prevención de Enfermedades (Center for Disease Control) en los Estados Unidos recomienda las siguientes vacunas para adultos de más de 21 años de edad. Cada una de las vacunas tiene su propia recomendación de dosis en función según la edad, experiencia médica y otros indicadores individuales. Su médico personal puede proporcionarle orientación sobre si estas vacunas son apropiadas para usted.

Vacuna	Fecha Dada	Próxima Dosis
Influenza		
La Hepatitis A		
La Hepatitis B		
Virus Papiloma Humano		
Sarampión, Las Paperas y la Rubéola		

Vacuna	Fecha Dada	Próxima Dosis
Antineumocócica		
Antimeningocócica		
Tétanos, La Difteria, La Tos Ferina		
Varicela		
Zoster (Shingles)		
Otras		

Si usted tiene algunas preguntas acerca de sus vacunas o las fechas de las vacunas, debe consultar con su médico. Si sus médicos son proveedores que participan en el “Massachusetts Immunization Information System”, ellos pueden acceder a su información a través del MIIS y así obtener su información. Como consumidor, usted puede obtener informes y guía visitando [www.contactmiis.info](http://www.contactmiis.info).

**Asegúrese de incluir todos los medicamentos recetados y los medicamentos de venta sin receta, como vitaminas y suplementos.**

Siempre los médicos y farmacéuticos utilizan abreviaturas que pueden causar confusión ya que no siempre son común o evidente. Las siguientes abreviaturas aparecen en las etiquetas de su prescripción y medicamentos:

**prn** – según necesario

**qd** – diario

**bid** – dos veces al día

**tid** – tres veces al día

**qid** – cuatro veces al día

**ac** – antes de las comidas

**pc** – después de las comidas

**hs** – a la hora de acostarse

**po** – por via oral

**qod** – cada otro día

**od** – ojo derecho

**os** – ojo izquierdo

Use este espacio para crear una lista de todos sus medicamentos y seguimiento de los cambios que sus proveedores médicos hacen.

Nombre del Medicamento	Dosis	Instrucción	Propósito	Fecha de Inicio

Use este espacio para crear una lista de todos sus medicamentos y seguimiento de los cambios que sus proveedores médicos hacen.

Nombre del Medicamento	Dosis	Instrucción	Propósito	Fecha de Inicio

Use este espacio para crear una lista de todos sus medicamentos y seguimiento de los cambios que sus proveedores médicos hacen.

Nombre del Medicamento	Dosis	Instrucción	Propósito	Fecha de Inicio

Use este espacio para crear una lista de todos sus medicamentos y seguimiento de los cambios que sus proveedores médicos hacen.

Nombre del Medicamento	Dosis	Instrucción	Propósito	Fecha de Inicio



Use este espacio para crear una lista de todos sus medicamentos y seguimiento de los cambios que sus proveedores médicos hacen.

Nombre del Medicamento	Dosis	Instrucción	Propósito	Fecha de Inicio

Use ésta página para catalogar equipos médicos, como andarín (walkers), sillas de ruedas, scooters eléctricas y máquinas de CPAP (Apnea del Sueño) y todos los demás equipos.

Fecha	Equipo	Proveedor del Equipo	Médico que Receta

## Materiales y Equipos Médicos

Fecha	Equipo	Proveedor del Equipo	Médico que Receta

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

<b>Pregunta/Síntomas/Problemas</b>	<b>Respuesta/Explicaciones</b>

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

Pregunta/Síntomas/Problemas	Respuesta/Explicaciones

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

Pregunta/Síntomas/Problemas	Respuesta/Explicaciones

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**




---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

<b>Pregunta/Síntomas/Problemas</b>	<b>Respuesta/Explicaciones</b>

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

<b>Pregunta/Síntomas/Problemas</b>	<b>Respuesta/Explicaciones</b>

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

<b>Pregunta/Síntomas/Problemas</b>	<b>Respuesta/Explicaciones</b>

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

<b>Pregunta/Síntomas/Problemas</b>	<b>Respuesta/Explicaciones</b>

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**




---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

<b>Pregunta/Síntomas/Problemas</b>	<b>Respuesta/Explicaciones</b>

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

Pregunta/Síntomas/Problemas	Respuesta/Explicaciones

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:

**Su Experiencia Médica:**

**Fecha:**

**Medico/Proveedor:**

<b>Pregunta/Síntomas/Problemas</b>	<b>Respuesta/Explicaciones</b>

**Los servicios solicitados y recibidos (exámen general, laboratorios, rayos X, terapia física, visitas de enfermeras, etc.)**


---

## Plan de Asistencia Médica/Instrucciones Especiales de su Médico/Proveedor


---

## Datos Personales de Salud

Peso:

Presión Arterial:

Colesterol:

Glucosa Sanguínea/  
Azúcar en la Sangre:







# 5 PREGUNTAS Que Usted Debe Hacerle a su Médico Antes de Que Usted Obtenga Cualquiera Prueba, Tratamiento o Procedimiento

1. ¿Necesito realmente esta prueba o procedimiento?

2. ¿Cuáles son los riesgos y efectos secundarios?

3. ¿Existen opciones más sencillas y seguras?

4. ¿Qué pasa si no hago nada?

5. ¿Cuánto cuesta, y lo va a pagar mi seguro?

Algunos exámenes o pruebas médicas, tratamientos, procedimientos y nuevas tecnologías no podrían ayudarle. Y algunos de ellos podrían causarle daño. **Use estas 5 preguntas para hablar con su médico acerca de las pruebas, los tratamientos y procedimientos que necesita y los que no necesita.**

*Estas cinco preguntas fueron elaboradas por el Consumer Reports para la campaña **Choosing Wisely Campaign**, una Iniciativa de la ABIM Foundation. Para obtener más información, por favor, visite al [www.ConsumerHealthChouces.org/Choosing](http://www.ConsumerHealthChouces.org/Choosing).*

### Su programa SMP local ofrece lo siguiente:

- ANÁLISIS de facturas médicas o 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 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.

Para ponerse en contacto con el Massachusetts SMP, llame al 800-892-0890 o visite [www.MaSMP.org](http://www.MaSMP.org).

Financiado parcialmente por la Administration for Community Living.



# Proteja Detecte Informe

**Massachusetts Senior Medicare Patrol Program**

800-892-0890 o visite [www.MASMP.org](http://www.MASMP.org)

**Elder Services of the Merrimack Valley, Inc.**



*Choices for a life-long journey*

Massachusetts SMP Program

280 Merrimack Street, Suite 400, Lawrence, MA 01843

800-892-0890 • [www.masmp.org](http://www.masmp.org) • [www.medicareoutreach.org](http://www.medicareoutreach.org)



**Spanish**