



ESTADO DE NEVADA  
 OFICINA DEL GOBERNADOR  
**ASISTENCIA DE SALUD DEL CONSUMIDOR**  
**OFICINA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS**

*RxHelp4NV.org*  
 555 East Washington Avenue, Suite 4800  
 Las Vegas, NV 89101  
 (702) 486-3587 **Toll Free** 1-888-333-1597 **Fax** (702) 486-3586  
<http://govcha.state.nv.us>

**SOLICITUD PARA ASISTENCIA**

*Por favor llene completamente este formulario y devuelvala a la dirección notado arriba.*

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Seguro Seguridad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo \_\_\_\_\_

Pertenencia étnica \_\_\_\_\_ Nivel de educación \_\_\_\_\_

Género \_\_\_\_\_ (M/F) E-Mail \_\_\_\_\_

*Antes de que usted clasifique para pedir asistencia de la Oficina del Gobernador para Asistencia de Salud del Consumidor y Oficina para Pacientes Hospitalizados, debe de contactar su compañía de seguro medico para tratar de resolver el/los asunto(s). Si no recibe respuesta satisfactoria, después llene y firma este formulario y firma el formulario nombrada "Consentimiento/Autorizacion Para Uso Informativo Y Confidencial De Salud", y mande por correo a la direccion notado arriba o lo puede mandar por fax al numero notado arriba. Incluya copias de documentos asociados con su petición.*

*Entiendo que una copia de este Petición para Ayuda se puede proporcionar al plan de salud/compensación de traajadores o alguna otra agencia de seguro medico.*

1. Complete el nombre del plan de la salud. Incluya el número de teléfono. Escriba "ningún seguro" si no aplica.  
 \_\_\_\_\_

2. Marque con un circulo el tipo de seguro medico: Medicare \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_  
 Compensación De Trabajadores \_\_\_\_\_ Plan De la Salud De Grupo \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

3. Nombre y número de teléfono del Administrador de Tercer Partido: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. Nombre y número de teléfono de corredores (si aplica): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Numero de Identificación de la póliza o número del certificado: \_\_\_\_\_

6. Empleador: \_\_\_\_\_

7. Número de reclamación (si aplica): \_\_\_\_\_

8. ¿Usted ha tenido contacto con el plan de la salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Persona(s): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

(Proporcione copias de toda correspondencia)

9. ¿Quién o qué agencia o oficina le referió a la agencia de Asistencia de Salud del Consumidor/Oficina de Pacientes Hospitalizados? \_\_\_\_\_

10. ¿Hay representación de abogado en este asunto? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

11. ¿Hay una demanda en curso o pendiente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12. Describa su preocupación/asunto. Si la preocupación se relaciona con una factura del hospital, proporcione el nombre del hospital, fecha (o fechas) de servicio, tipo de servicio (hospitalizado o paciente no internado), número de cuenta del paciente, razón de hospitalización (usa papel adicional si es necesario):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. ¿Qué considera Ud. una resolución justificada?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Yo certifico que la información proporcionada es verdad y correcta al mejor estado de mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**GRACIAS. RECUERDE INCLUIR DOCUMENTOS PERTINENTES A SU CASO. SI TIENE PREGUNTAS, LLAME A LOS NÚMEROS INCLUIDOS EN ESTA FORMA.**



ESTADO DE NEVADA  
 OFICINA DEL GOBERNADOR  
**ASISTENCIA DE SALUD DEL CONSUMIDOR**  
**OFICINA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS**

*RxHelp4NV.org*

555 East Washington Avenue, Suite 4800

Las Vegas, NV 89101

(702) 486-3587 **Toll Free** 1-888-333-1597 **Fax** (702) 486-3586

<http://govcha.state.nv.us>

**CONSENTIMIENTO/AUTORIZACION PARA USO  
 INFORMATIVO Y CONFIDENCIAL DE SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo la liberación de cualquier documento  
 (nombre del consumidor)

medico/información confidencial de mi plan de salud (aseguranza), Médico, Hospital, Administrador de Tercer Partido, o cualquier otro cuidado medico relacionado de cualquier manera con mi “Petición para Ayuda” a la Oficina del Gobernador para Asistencia de Salud del Consumidor/Oficina Para Pacientes Hospitalizados. Además, autorizo la Oficina del Gobernador para Asistencia de Salud del Consumidor/Oficina para Pacientes Hospitalizados que libere información necesaria para resolver mi petición para ayuda, incluyendo pero no limitada a liberar documentos a otras agencias estatal, proporcionadores de cuidados medicos, representantes de mi aseguranza, expertos de cuidado medico o del aseguranza o otros.

Yo entiendo que esta autorización es efectiva inmediatamente y puedo cancelar dentro de cinco (5) días con nota escrita a la “Oficina” y mi plan de salud (aseguranza), el medico, Administrador de Tercer Partido o cualquier otro cuidado medico. La unica excepcion para cancelar es cuando la accion ocurrió debido a esta autorización **Este permiso es efectivo por un año respecto a la fecha acompañando la firma.**

Yo entiendo que este consentimiento es requerido y voluntariamente firmo la autorización **antes de cualquier información que pertenece a mi caso sea discutido**. Este Consentimiento/Autorización para Uso Informativo y Confidencial de Salud, renuncia cualquier y todos derechos que yo tendra hoy o en el futuro de demandar cualquier acción legal contra la Oficina del Gobernador para Asistencia de Salud del Consumidor, o la persona o instalación que libera la información, por cualquier daño causado directamente o indirectamente por la liberación de dicho información. *Ademas entiendo que la información liberada según éste autorización es susceptible a revelación por el recipiente y ya no es protegido bajo la Actúan de Transportabilidad del seguro y Responsabilidad (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996.*

\_\_\_\_\_  
 Firma del Consumidor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Created 11/99  
 Revised 1/08



**ASISTENCIA DE SALUD DEL CONSUMIDOR**  
OFICINA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

DESIGNAMIENTO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE:

PLAN DE SALUD:

DIRECCION:

IDENTIFICACION DE SEGURANZA:

CIUDAD:

ESTADO:

CODIGO POSTAL:

TELEFONO #: (AREA)

NUMERO DE ARCHIVO. \_\_\_\_\_

Designo Governor's Office for Consumer Health Assistance, Bureau for Hospital Patients a actuar como mi representante para solicitar una reconsideración de un cobertura/negación de reclamo hecho por el plan de salud anteriormente citado. Autorizo a esta persona (GovCHA) hacer la petición de apelacion, presentar o solicitar evidencia; obtener información de apelacion; y para recibir cualquier nota con respecto a mi apelacion. Comprendo que información médica personal que pertenece a mi apelacion puede ser revelada a esta persona. NRS223.500

FIRMA DEL CONSUMIDOR:

FECHA:

REPRESENTANTE DESIGNADO:

 ACCEPTO EL DESIGNACION ANTERIORMENTE CITADO:  
 SI NO (circulo uno)

FIRMA DEL REPRESENTANTE DESIGNADO GOVCHA:

FECHA:

COMMENTO OR INFORMACION ADICIONAL: