

Hoja de datos de casos MAPS

Número de paciente: _____ Identificación corporativa: _____
 Fecha de inicio de la cobertura: _____ - Fecha de finalización de la cobertura: _____ Código de plan: _____

¿Ha solicitado Intercambio de Seguro de Atención Médica? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue el resultado? Elegible No elegible

¿Se le proporcionó la Carta de no elegibilidad para atención médica? Sí No

¿Solicitó Medicaid? Sí No

Si la respuesta es no, ¿se lo evaluó y consideró como técnicamente no elegible? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál fue el resultado? Aprobado Rechazado Si fue rechazado, motivo:

 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Número de Seguro Social: _____ N.º SIG MR: _____ Fecha de nac.: _____

 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nac.: _____ NSS: _____

Detalles del garante -

Nombre del garante: _____ NSS: _____

 Domicilio del garante: _____

Detalles de los integrantes del hogar -

Nombre del integrante del hogar	Fecha de nacimiento	NSS	Relación con el solicitante

Detalles de empleo -

Nombre del miembro: _____

Relación con el solicitante: _____

Empleador: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Ingresos mensuales: _____

Teléfono: _____

Nombre del miembro: _____

Relación con el solicitante: _____

Empleador: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Ingresos mensuales: _____

Teléfono: _____

Nombre del miembro: _____

Relación con el solicitante: _____

Empleador: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Ingresos mensuales: _____

Teléfono: _____

Nombre del miembro: _____

Relación con el solicitante: _____

Empleador: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Ingresos mensuales: _____

Teléfono: _____

Detalles del paciente - -

Empleado originante: _____ Ingresos anuales: _____

Tamaño familiar: _____ Fecha del servicio: _____ Ingresos mensuales:

Porcentaje FPL: _____ Nombre del paciente: _____ Número de paciente:

Notas e imágenes recolectadas - -