

## DECLARACIÓN SUPLEMENTARIA DE INFORMACIÓN DE LA PERSONA SOLICITANTE DE MEDI-CAL

*County Use Only*

County Number/Aid Code/Case Number

### PARTE I—INFORMACIÓN PERSONAL

1a. Nombre de la persona solicitante (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	1b. Número de Seguro Social  — —	1c. Fecha de nacimiento  / /
1d. Otro(s) nombre(s) que ha utilizado (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	1e. Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	1f. Estatura Pies Pulgadas
1g. Peso  Libras		
2a. Dirección residencial	Ciudad	Estado
		Zona postal
2b. Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado
		Zona postal
3. Número de teléfono durante el día  ( )	Marque si es pertinente: <input type="checkbox"/> No tengo teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono para mensajes ( )	La mejor hora para llamar
4a. ¿Habla usted inglés?  <input type="checkbox"/> Si es SÍ, pase a la Parte II <input type="checkbox"/> Si es NO, ¿qué idioma(s) habla usted?	4b. ¿Tiene usted un(a) intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La mejor hora para llamar
	Si la respuesta es SÍ, anote el nombre del/ de la intérprete:  Si la respuesta es SÍ, anote el nombre del/ de la intérprete:  ( )	

### PARTE II - INFORMACIÓN MÉDICA

*County Use Only*

5. ¿Ha solicitado usted beneficios del Seguro Social por Incapacidad o beneficios del Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income- SSI) por Incapacidad, en los últimos dos (2) años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si la respuesta es Sí, por favor, conteste lo siguiente:	
a. Su solicitud de beneficios por Incapacidad del Seguro Social o de SSI: <input type="checkbox"/> ¿Se aprobó? <input type="checkbox"/> ¿Se denegó? <input type="checkbox"/> ¿Está pendiente? <input type="checkbox"/> ¿Está en apelación? <input type="checkbox"/> ¿No se sabe?	
b. Si se le aprobó o denegó, proporcione la fecha de la decisión más reciente, con respecto a su solicitud de beneficios por incapacidad del Seguro Social o de SSI:	
c. ¿Ha(n) empeorado su(s) problema(s) médico(s), a partir de la fecha mencionada anteriormente en la sección 5b? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Si la respuesta es Sí, por favor, explique:	
d. ¿Ha tenido usted algún/algunos problema(s) médico(s) NUEVO(S), a partir de la fecha mencionada anteriormente en la sección 5b, que usted <b>NO</b> tenía cuando se tomó la decisión con respecto a sus beneficios por incapacidad del Seguro Social o de SSI?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿cuáles son esos problema(s) médico(s)?	
6. Enumere todos los problemas médicos (físicos, mentales o emocionales) que le impiden trabajar o atender a sus necesidades personales. (Si es necesario, por favor, adjunte una hoja adicional.)	
<b>PROBLEMA(S) MÉDICO(S)</b>	¿CUÁNDO COMENZÓ? (Mes/Año)

7. ¿Ha recibido usted tratamiento en una clínica u hospital, para su(s) enfermedad(es) o lesión/lesiones en los últimos 12 meses?  Sí  No

**County Use Only**

Si la respuesta es Sí, por favor conteste lo siguiente de manera completa:

MC 220  
Signed

Nombre de la clínica/hospital

Paciente/clínica o número de identificación del miembro

Número de teléfono de la clínica/hospital

( )

Nombre del/de los médico(s) que consultó

DIRECCIÓN de la clínica/hospital (número, calle, suite o despacho) Ciudad Estado Zona postal

Fecha de su primera consulta

Fecha de su última consulta

Fecha de la próxima consulta

Motivo de la(s) consulta(s)

¿Pasó usted la noche en el hospital?  Sí  No

Si es Sí, fecha(s) en que ingresó: fecha(s) en que se le dió de alta:

¿Se le atendió en la sala de emergencias?  Sí  No

Si es Sí, fecha(s) en que se le atendió:

Enumere **TODOS** los medicamentos que recibió:

Enumere **TODOS** los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron dichos tratamientos:

8. Enumere cualquier clínica u hospital adicional donde se le haya atendido en los últimos 12 meses.

MC 220  
Signed

Nombre de la clínica/hospital

Paciente/clínica o número de identificación del miembro

Número de teléfono de la clínica/hospital

( )

Nombre del/de los médico(s) que consultó

DIRECCIÓN de la clínica/hospital (número, calle, suite o despacho) Ciudad Estado Zona postal

Fecha de su primera consulta

Fecha de su última consulta

Fecha de la próxima consulta

Motivo de la(s) consulta(s)

¿Pasó usted la noche en el hospital?  Sí  No

Si es Sí, fecha(s) en que ingresó: fecha(s) en que se le dió de alta:

¿Se le atendió en la sala de emergencias?  Sí  No

Si es Sí, fecha(s) en que se le atendió:

Enumere **TODOS** los medicamentos que recibió:

Enumere **TODOS** los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron dichos tratamientos:

**Si a usted se le ha atendido en clínicas u hospitales adicionales en los últimos 12 meses, complete la página 8.**

9. En los últimos 12 meses, ¿le ha atendido algún médico independiente de la(s) clínica(s) u hospital(es) que usted ya ha enumerado?  Sí  No

Si la respuesta es NO, pase al número 10. Si la respuesta es Sí, por favor, conteste lo siguiente de manera completa; si consultó a más de un médico, complete la página 8, para toda la información adicional:

**County Use Only**

MC 220  
Signed

Nombre del/de los médico(s)

Paciente/clínica o número de identificación del miembro

Número de teléfono del médico

( )

Dirección del médico (número, calle, suite o despacho)

Ciudad

Estado

Zona postal

Fecha de su primera consulta

Fecha de su última consulta

Fecha de la próxima consulta

Motivo de la(s) consulta(s)

Enumere TODOS los medicamentos que recibió:

Enumere TODOS los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron dichos tratamientos:

10. Por favor, indique a continuación, si ha recibido cualquiera de los siguientes exámenes, en los últimos 12 meses. Asegúrese de marcar el Sí o el No, junto a cada examen. (SI YA PROPORCIONÓ ANTERIORMENTE LA DIRECCIÓN DEL MÉDICO, LA CLÍNICA O EL HOSPITAL, ANOTE SOLAMENTE EL NOMBRE Y LA FECHA.)

EXAMEN QUE SE REALIZÓ	SÍ	NO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO, CLÍNICA, U HOSPITAL DONDE SE REALIZÓ EL EXAMEN	FECHA (MES/AÑO)
<b>Electrocardiograma (EKG)</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad Estado Zona postal	
<b>Máquina Caminadora de Plataforma con Banda</b> (prueba de ejercicio del corazón)			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad Estado Zona postal	
<b>Radiografía del Tórax</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad Estado Zona postal	
<b>Examen de la Respiración (PFT)</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad Estado Zona postal	
<b>Análisis de Sangre</b>			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad Estado Zona postal	
<b>Otro</b> (Especifique)			Nombre	
			Dirección (número, calle, suite o despacho)	
			Ciudad Estado Zona postal	

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

MC 220  
Signed

11. ¿Ha recibido usted cualquier otro tratamiento médico o examen en los últimos 12 meses?  Sí  No

**County Use Only**

Si la respuesta es NO, pase al número 12.

Si la respuesta es SÍ, complete la página 8.

12. ¿Hay alguna otra persona (alguna amistad, pariente, trabajador(a) social, consejero(a) de rehabilitación, abogado, terapeuta físico, etc.) con quien nos podamos comunicar, a fin de obtener información con respecto a su enfermedad o lesión y a la manera en la que ésta limita sus actividades diarias o le impide trabajar?  Sí  No

Si la respuesta es SÍ, por favor enumere a continuación:

Nombre

Dirección (número, calle, suite o despacho)

Número de teléfono  
( )

Parentesco o relación de esta persona con usted

Nombre

Dirección (número, calle, suite o despacho)

Número de teléfono  
( )

Parentesco o relación de esta persona con usted

Nombre

Dirección (número, calle, suite o despacho)

Número de teléfono  
( )

Parentesco o relación de esta persona con usted

13. Es posible que se le pida que reciba exámenes médicos adicionales, para ayudar a evaluar su(s) problema(s) médico(s). (Estos exámenes son gratuitos para usted.)

¿Está usted dispuesto(a) a que se le realicen exámenes adicionales, si es necesario?  Sí  No

### PARTE III—INFORMACIÓN SOCIAL Y EDUCATIVA

14. Describa sus actividades diarias y díganos cuánto se limitan sus actividades, a causa su condición.

15. Describa sus antecedentes educativos.

a. Marque el año escolar más alto que terminó usted en la escuela:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 ó

GED (lo mismo que terminar el 12<sup>avo</sup> año)  12+

b. ¿Cuándo terminó? Mes/año:

c. ¿Tomó clases de educación especial?  Sí  No

16. ¿Ha hecho algún tipo de trabajo, durante más de 30 días, en los últimos 15 años? (Esto incluye el trabajo que se haya realizado en otro país.)

Sí  No

Si la respuesta es NO, ignore la Parte IV, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar.

Si la respuesta SÍ, conteste la Parte IV, en la página 5, comenzando con el número 17.

**PART IV—ANTECEDENTES DE EMPLEO I**

*County Use Only*

17. Describa todos los empleos que usted ha trabajado por lo menos 30 días durante los **últimos 15 años**. Comience con el empleo más reciente. [Si ha tenido más de dos empleos, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado.]

a. Nombre del puesto o cargo	Tipo de negocio o empresa		
Fechas que trabajó (mes/año) Desde:                      Hasta:	Horas por semana	Salario	Por hora/semana/mes:

**DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO** (Esto es lo que hacía y la manera en que lo hacía.)

---



---

Estas son las herramientas, máquinas y equipo que usaba:

---



---

Me demoró esta cantidad de tiempo aprender a realizar este trabajo:                      día(s) ó                      mes(es).

Escribía, completaba informes o llevaba a cabo tareas similares:     Sí     No

Tenía responsabilidades de supervisor(a)                       Sí     No

**ACTIVIDAD FÍSICA**

(Marque con un círculo)

En un día regular de trabajo, caminaba esta cantidad de horas:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
En un día regular de trabajo, permanecía de pie esta cantidad de horas:	0	1	2	3	4	5	6	7	8
En un día regular de trabajo, permanecía sentado(a) esta cantidad de horas:	0	1	2	3	4	5	6	7	8

En un día regular de trabajo, escalaba o subía (escaleras) con esta frecuencia:     Nunca     Ocasionalmente     Frecuentemente     Constantemente

En un día regular de trabajo, me agachaba con esta frecuencia:                       Nunca     Ocasionalmente     Frecuentemente     Constantemente

La carga más pesada que levanté:                       10 lbs     20 lbs     50 lbs     Over 100 lbs

Frecuentemente levantaba/cargaba hasta:                       10 lbs     20 lbs     50 lbs     Over 100 lbs

Cuando usted llevó a cabo este trabajo, ¿tenía alguno de los problemas médicos que tiene ahora?     Sí     No

Si la respuesta es NO, y usted NO ha tenido otros empleos, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar.

Si la respuesta es NO, pero usted sí ha tenido otros empleos, pase a la seccion 17b, en la siguiente pagina.

Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información.

Nombre del/de los problema(s) médico(s):

---

¿Hizo su patrón o empleador arreglos especiales (como descansos adicionales, equipo especial, cambios en las responsabilidades del empleo, etc.), para que usted pudiera continuar trabajando?                       Sí     No

Si la respuesta es Sí, describa los arreglos especiales que se hicieron:

---

¿Tuvo usted que dejar de trabajar a causa de sus problemas médicos?                       Sí     No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo?                      Mes:                      Día:                      Año:

---

¿Ha desempeñado usted cualquier otro trabajo, durante más de 30 días, en los últimos 15 años?     Sí     No

Si la respuesta es No, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar. Si la respuesta es Sí, continúe a la sección 17b, en la siguiente página.

## PART IV—ANTECEDENTES DE EMPLEO II

*County Use Only*

17. b. Nombre del puesto o cargo	Tipo de negocio o empresa
Fechas que trabajó (mes/año) Desde:                      Hasta:	Horas por semana                      Salario                      Por hora/semana/mes:

**DESCRIPCIÓN DEL EMPLEO** (Esto es lo que hacía y la manera en que lo hacía.)

Estas son las herramientas, máquinas y equipo que usaba:

Me demoró esta cantidad de tiempo aprender a realizar este trabajo:                      día(s) ó                      mes(es).

Escribía, completaba informes o llevaba a cabo tareas similares:     Sí     No

Tenía responsabilidades de supervisor(a)                       Sí     No

**ACTIVIDAD FÍSICA**

(Marque con un círculo)

En un día regular de trabajo, caminaba esta cantidad de horas:                      0   1   2   3   4   5   6   7   8

En un día regular de trabajo, permanecía de pie esta cantidad de horas:                      0   1   2   3   4   5   6   7   8

En un día regular de trabajo, permanecía sentado(a) esta cantidad de horas:                      0   1   2   3   4   5   6   7   8

En un día regular de trabajo, escalaba o subía (escaleras) con esta frecuencia:     Nunca     Ocasionalmente     Frecuentemente     Constantemente

En un día regular de trabajo, me agachaba con esta frecuencia:                       Nunca     Ocasionalmente     Frecuentemente     Constantemente

La carga más pesada que levanté:                       10 lbs     20 lbs     50 lbs     Over 100 lbs

Frecuentemente levantaba/cargaba hasta:                       10 lbs     20 lbs     50 lbs     Over 100 lbs

Cuando usted llevó a cabo este trabajo, ¿tenía alguno de los problemas médicos que tiene ahora?     Sí     No

Si la respuesta es NO, y usted NO ha tenido otros empleos, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar.

Si la respuesta es NO, pero usted sí ha tenido otros empleos, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado.

Si la respuesta es Sí, por favor complete la siguiente información.

Nombre del/de los problema(s) médico(s):

¿Hizo su patrón o empleador arreglos especiales (como descansos adicionales, equipo especial, cambios en las responsabilidades del empleo, etc.), para que usted pudiera continuar trabajando?                       Sí     No

Si la respuesta es Sí, describa los arreglos especiales que se hicieron:

¿Tuvo usted que dejar de trabajar a causa de sus problemas médicos?                       Sí     No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo?                      Mes:                      Día:                      Año:

¿Ha desempeñado usted cualquier otro trabajo, durante más de 30 días, en los últimos 15 años?     Sí     No

Si la respuesta es No, pase a la Parte V, en la página 7, para firmar. Si la respuesta es Sí, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado, para completar la información adicional.

## PARTE V—FIRMA Y CERTIFICACIÓN

Declaro, bajo pena de sanción por perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta Declaración Suplementaria de Información es verdadera y correcta.

Firma de la Persona Solicitante  ▶	Fecha
Firma del/de la Testigo (Si el solicitante firmó con una equis)  ▶	Fecha
Firma de la persona que le ayudó al solicitante a llenar este formulario  ▶	Fecha

**Para cada clínica, hospital y establecimiento donde se le realizaron los exámenes que usted enumere, así como para cada médico independiente que usted haya consultado fuera de una clínica u hospital, será necesario que usted firme una autorización para revelación de información. Su trabajador(a) del condado le proporcionará formularios adicionales que usted tendrá que firmar.**

Continuación de la(s) respuesta(s) a la(s) pregunta(s) en la sección 8 de la página 2, la sección 9 de la página 3, y la sección 10 de la página 3. Si necesita más espacio, por favor, pídale hojas adicionales a su trabajador(a) del condado, para completar la información adicional.

**County Use Only**

Enumere cualquier clínica u hospital adicional donde haya recibido tratamiento en los últimos 12 meses:

MC 220  
Signed

Nombre de clínica/hospital			
Paciente/clínica o número de identificación del miembro		Clinic/hospital telephone number ( )	
Nombre del (de los) doctor(es) que consultó			
DIRECCIÓN de la clínica/hospital (número, calle, suite o despacho)		Ciudad	Estado Zona postal
Fecha de su primera consulta	Fecha de su última consulta	Fecha de la próxima consulta	
Motivo de la(s) consulta(s)			
¿Pasó usted la noche en el hospital?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es Sí, fecha(s) en que ingresó:		fecha(s) en que se le dió de alta:	
¿Se le atendió en la sala de emergencias?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es SÍ, fecha(s) en que se le atendió:			
Enumere <b>TODOS</b> los medicamentos que recibió:			
Enumere <b>TODOS</b> los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron esos tratamientos:			

Enumere cualquier médico adicional que usted haya consultado independientemente de la(s) clínica(s) u hospital(es) que usted ya haya indicado:

MC 220  
Signed

Nombre del/de los médico(s)			
Paciente/clínica o número de identificación del miembro		Número de teléfono del médico ( )	
Nombre del/de los médico(s) que consultó			
DIRECCIÓN del médico: (número, calle, suite o despacho)		Ciudad	Estado Zona postal
Fecha de su primera consulta	Fecha de su última consulta	Fecha de la próxima consulta	
Motivo de la(s) consulta(s)			
Enumere <b>TODOS</b> los medicamentos que recibió:			
Enumere <b>TODOS</b> los tratamientos que recibió y las fechas en que se recibieron esos tratamientos:			

Enumere cualquier examen adicional que se le haya realizado en los últimos 12 meses.

MC 220  
Signed

EXAMEN QUE SE REALIZÓ	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO, CLÍNICA U HOSPITAL DONDE SE REALIZARON LOS EXÁMENES.	FECHA (MES/AÑO)
	Nombre	
	Dirección (número, calle, suite o despacho)	
	Ciudad Estado Zona postal	
	Nombre	
	Dirección (número, calle, suite o despacho)	
	Ciudad Estado Zona postal	

MC 220  
Signed