

Saludos,

Nos complace ofrecer el beneficio gratuito de Medicare llamado Visita Anual de Bienestar (AWV, por sus siglas en inglés). Durante esta visita, trabajaremos con usted para elaborar un plan sobre cómo mantenerse saludable.

¿Para qué es la Visita Anual de Bienestar?

- Esta visita es para hablar con su equipo de atención médica sobre su historia médica, su riesgo a ciertas enfermedades, el estado actual de su salud y su plan para mantenerse saludable.
- En las visitas en la clínica, mediremos su altura, peso y presión arterial.
- Es posible que lo remitamos a exámenes o servicios después de su cita.

¿En qué se diferencia la Visita de Bienestar Anual de otras visitas?

- Esto no es igual a un examen físico anual.
- No escucharemos los latidos de su corazón ni su respiración, tampoco revisaremos otras partes de su cuerpo.
- No se le harán exámenes de detección ni análisis de sangre durante esta visita.
- Quisiéramos programar otra cita si no se siente bien o si está preocupado por un problema médico.

¿Cuándo la tendría?

- Puede recibir una visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" dentro de los primeros 12 meses de estar inscrito en la Parte B de Medicare. Después de eso, será elegible para una Visita de Bienestar Anual (AWV) una vez cada 12 meses.

¿Quién la paga?

- Medicare pagará la Visita Anual de Bienestar, por lo que no tendrá que pagarla de su bolsillo.
- Es posible que tenga que pagar un copago por los exámenes de detección en los servicios de seguimiento y por las visitas a las que se le remita.
- Si recibe servicios o pruebas durante su Visita Anual de Bienestar, es posible que tenga que pagar un copago y que se aplique el deducible de la Parte B.

Cosas que debe traer a su Visita Anual de Bienestar:

Por favor llene la parte de atrás de esta carta y tráigala a su cita junto con lo siguiente:

- Todos los medicamentos que toma, incluyendo los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los productos a base de hierbas.
- Una copia de su documento de voluntades anticipadas (si tiene uno).
- Su tarjeta del seguro.

Esperamos trabajar con usted para hacer un plan que lo ayude a mantenerse saludable,

Sinceramente,

Su Equipo de Atención Médica de Salud Family Health

Profesionales de Atención Médica y Proveedores de Suministros

Por favor proporcione una lista de sus proveedores de atención médica actuales.

Nombre del Profesional de Atención Médica	Especialidad del Profesional (p.ej. Cardiólogo)	Información de Contacto (número de teléfono, ciudad, estado)

Si actualmente un proveedor de suministros le proporciona un equipo médico para el hogar (p.ej., oxígeno) o recibe servicios de salud en el hogar, por favor proporcione sus datos de contacto.

Nombre de la Compañía de Suministros Médicos o Agencia de Salud en el Hogar	Información de contacto (número de teléfono, ciudad, estado)

¿Tiene algún problema para realizar las siguientes actividades en el hogar?

- | | | |
|--|------|------|
| <input type="checkbox"/> Bañarse | O Sí | O No |
| <input type="checkbox"/> Vestirse | O Sí | O No |
| <input type="checkbox"/> Usar el baño | O Sí | O No |
| <input type="checkbox"/> Acostarse y levantarse de la cama | O Sí | O No |
| <input type="checkbox"/> Controlar heces y orina | O Sí | O No |
| <input type="checkbox"/> Comer solo | O Sí | O No |

¿Tiene algún problema para oír? O Sí O No

¿Se ha caído en su casa o jardín en el último año? O Sí O No

¿Hay escaleras en su casa? O Sí O No

¿Tienes barras de apoyo en el baño? O Sí O No

¿Tiene una escalera de mano segura? O Sí O No

¿Tiene dificultad para moverse en su hogar (usar puertas, estantes altos, etc.)? O Sí O No

¿Tiene en casa una alarma de humo que funcione? O Sí O No

¿Tienes un teléfono que funcione al alcance de la mano? O Sí O No