



Formulario de solicitud para un dispositivo de climatización

Última actualización: julio 2026

Este programa es para afiliados con condiciones médicas complejas. Al solicitar, use a la persona afiliada del Oregon Health Plan (OHP) en su hogar que tenga las condiciones médicas más complejas, especialmente quienes sean menores de 6 años o mayores de 65. Es posible que podamos ayudarle a obtener equipo que le ayude a controlar sus afecciones médicas durante condiciones climáticas extremas.

Por favor, llene este formulario en su totalidad. Enviar por fax al 503-416-1376, o al correo electrónico: hsrcnx@careoregon.org

Si desea recibir apoyo para llenar este formulario, por favor llame al 971-236-2998.

Solicitud de Acuerdo para servicios

- ☐ Sí
☐ No Solicito asistencia de mi plan de salud para saber si califico para un dispositivo de climatización.

Información del afiliado

Número de identificación de OHP/Medicaid (si se conoce) _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____ ¿El afiliado es menor de 18 años? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor, indique el nombre de la persona con quien se debe establecer contacto para cualquier pregunta o la coordinación del beneficio, así como el parentesco o relación con usted:

Nombre (como aparece en la tarjeta del OHP/Medicaid): _____

Nombre y pronombres preferidos: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del proveedor de atención médica primaria: _____

Número de integrantes del hogar: _____ Ingresos anuales del hogar: _____

Nombres de todos los integrantes de su hogar y si tienen cobertura del OHP:

Nombre	Cobertura OHP	Nombre	Cobertura OHP
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No
	☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No

Necesidades de accesibilidad: ☐ Lengua de señas ☐ Braille ☐ Letra grande

☐ Intérprete (por favor, indique el idioma): _____

Si usted está llenando este formulario a nombre de un afiliado, por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre: _____

Relación con el afiliado: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo que se pongan en contacto conmigo (o con la persona que completa este formulario) en relación con esta solicitud: ☐ Sí ☐ No

Si es un proveedor o administrador de casos que está ayudando con esta solicitud y desea recibir actualizaciones, por favor incluya:

Nombre e información de contacto: _____

Organización: _____ Soy un: ☐ Coordinador de casos ☐ Proveedor de HRSN

Tengo OHP/Medicaid con:



*Solamente CareOregon

Situación actual

Por favor marque la(s) casilla(s) que apliquen a la persona solicitante del dispositivo de climatización:

- ☐ Me volveré elegible para Medicare y el Oregon Health Plan en los siguientes tres meses
- ☐ Me inscribí en Medicare y en el Oregon Health Plan por primera vez hace menos de nueve meses
- ☐ Podría quedarme sin hogar o perder mi vivienda pronto
- ☐ Actualmente no tengo hogar
- ☐ No tengo un lugar regular para dormir o me estoy quedando en la casa de alguien más
- ☐ Recibí atención en Oregon State Hospital, o en un programa residencial de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias o de manejo de la abstinencia en los últimos 12 meses
- ☐ Fui liberado de una cárcel, centro de detención, instalación de Oregon Youth Authority, o prisión en los últimos 12 meses
- ☐ Estuve involucrado con los servicios de bienestar infantil en Oregon en algún momento de mi vida. He estado en cuidado de crianza o cuidado sustituto, he recibido asistencia para adopción,

tutela o servicios de preservación familiar, o he comparecido ante un tribunal en asuntos relacionados con el bienestar infantil.

- ☐ Soy un Adulto Joven con Necesidades Especiales de Atención Médica (YSHCN, Young Adult with Special Health Care Needs)
- ☐ Ninguna de las anteriores

Problemas de salud

Por favor, marque la(s) casilla(s) que sea(n) aplicable(s):

- | | |
|---|--|
| ☐ Menor de 6 años | ☐ Tengo equipo médico o tecnología de asistencia que necesita electricidad para funcionar |
| ☐ 65 años o mayor | ☐ Tengo diabetes |
| ☐ Actualmente embarazada o en los primeros 12 meses postparto | ☐ Uso oxígeno en casa |
| ☐ Tengo una discapacidad sensorial, física, intelectual o del desarrollo | ☐ Tengo una enfermedad crónica de los riñones |
| ☐ Tengo medicamento(s) que debe(n) ser refrigerado(s) | ☐ Tengo la enfermedad de Parkinson |
| ☐ Otro (especifique): | ☐ Tengo esclerosis múltiple (EM) |

Dispositivo de climatización solicitado

- | | |
|--|--|
| ☐ Aire acondicionado portátil | ☐ Calentador eléctrico portátil |
| ☐ Purificador de aire (incluye un filtro de reemplazo) | ☐ Mini refrigerador para los medicamentos |
| ☐ Cargador portátil para un equipo médico durante un corte de energía | |

Por favor, indique el tipo de equipo médico (p. ej., infusiones intravenosas (IV), bomba de alimentación enteral o nebulizador):

Accesorios adicionales para dispositivos de climatización, tales como:

- ☐ Cable de extensión (uno por dispositivo, disponibles para todos, excepto para los calentadores portátiles y cargadores portátiles)

Cable de 6 pies (2 metros) para: ☐ Aire acondicionado ☐ Purificador de aire ☐ Refrigerador

Cable de 10 pies (3 metros) para: ☐ Aire acondicionado ☐ Purificador de aire ☐ Refrigerador

- ☐ Adaptador de enchufe de pared (de 3 clavijas a 2 clavijas)

☐ Reemplazos del filtro del purificador de aire (para solicitudes futuras después de haber recibido el purificador de aire):

Marca _____ # de modelo _____

Por favor, incluya la dirección de envío y cualquier instrucción necesaria para la entrega del dispositivo de climatización:

☐ Recibí un artículo similar al/los arriba solicitados de un programa financiado por el gobierno local, estatal o federal en los últimos 36 meses (3 años).

Si seleccionó esta casilla, ¿por qué necesita otro dispositivo de climatización?

☐ El dispositivo está roto ☐ El dispositivo se perdió o fue robado ☐ Motivos médicos

☐ Otro, por favor explique:

¿Tenemos permiso para contactar con un proveedor o proveedores de instalación de climatización para que nos ayuden a coordinar los servicios necesarios? ☐ Sí ☐ No

El proceso para revisar y aprobar las solicitudes tarda de 2 a 4 semanas. ¿Este plazo pondría en riesgo su salud? ☐ Sí ☐ No

De ser así, háganoslo saber a continuación. Podemos procurar que la solicitud se procese más rápido en caso de que sea urgente.

Contacto

Nos pondremos en contacto con usted para hablar sobre su solicitud. ¿Cómo le gustaría ser contactado(a)?

☐ Teléfono (por favor, indique su número): _____

☐ Mensaje de texto (en caso de ser diferente al anterior, indique un número de teléfono):

☐ Correo electrónico: _____

☐ Otro: _____

☐ Contactar a mi representante:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Confirmación del afiliado y aprobación

- ☐ Me gustaría que mi plan de salud verifique si cumpla los requisitos para recibir un dispositivo que me ayude durante condiciones climáticas extremas.
- ☐ De ser aprobado, estoy de acuerdo en recibir los servicios solicitados.
- ☐ Mi plan de salud puede ponerse en contacto conmigo o con mi proveedor para tener más información a través de medios de comunicación electrónicos incluyendo correo electrónico y/o mensajes de texto de los cuales me puedo dar de baja en cualquier momento. Mi plan de salud puede revisar mis registros. Esto incluye registros acerca de mis necesidades de atención. También podría incluir los registros de mis proveedores de atención médica.
- ☐ Puedo utilizar el dispositivo de climatización de forma segura en el lugar donde vivo. Puedo conectar el dispositivo de forma legal y segura.
- ☐ Según mi leal saber y entender, toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera, correcta y completa.
- ☐ Si brindo información falsa o incorrecta, podría enfrentar sanciones según la ley estatal o federal.
Esto podría incluir tener que devolver dinero por cualquier servicio que reciba derivado de esta solicitud.
- ☐ Acepto el uso de métodos de tecnología de la información para compartir datos personales.

Firma

Por favor, firme esta solicitud.

Un representante puede firmar este formulario en nombre de un afiliado, inclusive si este es un menor.

Nombre del afiliado: _____

Firma del afiliado: _____

Nombre del representante: _____

Firma del representante: _____

Fecha: _____

Para envío por fax: 503-416-1376 o correo electrónico: hsrcnx@careoregon.org

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra más grande, braille o en el formato de su preferencia. También tiene derecho a un intérprete. Puede obtener ayuda de un intérprete médico certificado o capacitado. Esta asistencia es gratuita. Llame a su Coordinated Care Organization (CCO, Organización de Atención Coordinada) sin costo, TTY 711, o pídalo a su proveedor. Aceptamos llamadas de retransmisión.

Para CareOregon Health Share: 800-224-4840

Para Columbia Pacific CCO: 855-722-8206

Para Jackson Care Connect: 855-722-8208

For completion by CareOregon staff only

Authorization number: _____