

Es posible que CareOregon pueda ayudarle a obtener un calefactor, un aire acondicionado, un filtro de aire, un minirrefrigerador o una fuente de energía para controlar determinadas afecciones médicas durante condiciones climáticas extremas. Consulte la página de instrucciones para saber cómo llenar este formulario.

Envíelo por fax: 503-416-4726 o por correo electrónico: [requests.social.determinants@careoregon.org](mailto:requests.social.determinants@careoregon.org)

### Acuerdo de solicitud de servicios

Solicito ayuda de mi plan médico para saber si tengo derecho a un dispositivo que me ayude durante condiciones climáticas extremas.  Sí  No

### Información del miembro

N.º de identificación de Medicaid (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Mi nombre en la tarjeta del Oregon Health Plan (OHP, Plan de salud de Oregón)/Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre y pronombres elegidos: \_\_\_\_\_

Necesidades de accesibilidad (idioma hablado preferido, lengua de señas, braille, letra grande): \_\_\_\_\_

Persona que llena el formulario y su relación con el miembro (si corresponde):

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Pueden contactarme en relación con esta solicitud:  Sí  No

### Tengo OHP/Medicaid con:

   
Health Share of Oregon :  
CareOregon

  
Columbia Pacific CCO

  
Jackson Care  
Connect CCO

Coordinated Care Organization (CCO, Organización de Atención Coordinada) no mencionada Health Share of Oregon:

No tengo un OHP/necesito ayuda para enviar una solicitud de OHP;  
[healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx](http://healthcare.oregon.gov/Pages/find-help.aspx) para obtener más apoyo.

## Circunstancias actuales

Marque las casillas que correspondan a su caso o al de la persona para la que llena este formulario:

- Además del OHP, seré elegible para Medicare en los próximos 3 meses.
- Me inscribí en Medicare además del OHP por primera vez hace menos de 9 meses.
- Es posible que pronto me quede sin hogar o pierda mi vivienda.
- Actualmente no tengo hogar.
- No tengo un lugar fijo donde dormir o me estoy quedando en casa de otra persona.
- Recibí atención en el Hospital Estatal de Oregón o en un importante programa de tratamiento residencial para trastornos por consumo de sustancias o de gestión de la abstinencia en los últimos 12 meses.
- Salí de una cárcel, un centro de detención, un centro de la Autoridad Juvenil de Oregón o una prisión en los últimos 12 meses.
- En algún momento de mi vida participé en los servicios de asistencia social infantil de Oregón. He estado en un hogar de acogida o sustituto, he recibido ayuda en casos de adopción o tutela o servicios de preservación familiar, o he comparecido ante un tribunal en relación con casos de asistencia social infantil.
- Ninguna de las anteriores.

## Afecciones médicas

¿Alguna de las afecciones mencionadas a continuación corresponde a su caso o al de la persona para la que llena este formulario?

Sí    No

Marque las casillas que correspondan a su caso o al de la persona para la que llena este formulario:

- Tengo menos de 6 años.
- Tengo 65 años o más.
- Actualmente estoy embarazada.
- Tengo una discapacidad sensorial, física, intelectual o de desarrollo.
- Tomo medicamentos que tienen que refrigerarse.
- Utilizo equipos médicos que necesitan energía eléctrica para funcionar.
- Utilizo tecnología de asistencia que necesita energía eléctrica para funcionar.
- Tengo diabetes.
- Utilizo oxígeno en casa.
- Tengo una enfermedad renal crónica.
- Tengo esclerosis múltiple (EM).
- Tengo Parkinson.

**Continuación**

## Afecciones médicas (continuación)

- Tengo una lesión medular (actual o previa).
- Recibo atención de cuidados paliativos en el hogar.
- Tuve una enfermedad relacionada con el calor en el pasado (describala si puede):
  
- Tengo esquizofrenia.
- Tengo trastorno bipolar.
- Tengo un trastorno depresivo mayor y necesité servicios de crisis, hospitalización o tratamiento residencial en los últimos 12 meses.
- Tengo un trastorno por abuso de alcohol o sustancias.
- Tengo un trastorno neurocognitivo como Alzheimer, demencia o una traumatic brain injury (TBI, lesión cerebral traumática). Me alimento a través de una sonda de alimentación (enteral) o de un catéter intravenoso (parental).
- Tengo una enfermedad cardíaca crónica, como insuficiencia cardíaca o sufrí un ataque de corazón.
- Tengo una afección crónica por la que corro el riesgo de desarrollar coágulos sanguíneos o sufrir un derrame cerebral.
- Tengo afecciones pulmonares crónicas por las que tomo medicamentos, como EPOC, asma, fibrosis, bronquitis crónica, bronquiectasias o enfermedad pulmonar restrictiva.
- Otras afecciones de salud no mencionadas:
  
- Prefiero no responder.

## Dispositivo de climatización solicitado

- Aire acondicionado portátil
- Calefactor eléctrico portátil
- Purificador de aire (incluye 1 filtro de repuesto)
- Minirrefrigerador para medicamentos
- Fuente de energía portátil para mi equipo médico durante un apagón

*Enumere el tipo de equipo médico (por ejemplo, infusiones intravenosas, bomba de alimentación, nebulizador):*

## Dispositivo de climatización solicitado (continuación)

### Artículos de climatización de apoyo adicionales como:

- Extensión (1 por dispositivo, disponible para todos excepto para los calefactores portátiles y la fuente de energía portátil)
- Cable de 6 pies para:  Aire acondicionado  Purificador de aire  Refrigerador
- Cable de 10 pies para:  Aire acondicionado  Purificador de aire  Refrigerador
- Adaptador de enchufe de pared (de 3 clavijas a 2 clavijas)
- Filtro purificador de aire de repuesto (solicitudes de seguimiento después de recibir un purificador de aire):  
Marca \_\_\_\_\_ N.º de modelo \_\_\_\_\_

Incluya a continuación la dirección de entrega y cualquier instrucción de entrega específica para el dispositivo de climatización.

- Recibí un artículo similar al o los solicitados anteriormente de un programa financiado a nivel local, estatal o federal en los últimos 36 meses (unos 3 años).

Si marcó la casilla anterior, ¿por qué solicita un nuevo dispositivo?

Nuestro plazo estándar para la revisión y aprobación de las solicitudes y el envío de artículos de climatización es de 2 a 4 semanas. Si este plazo pudiera poner en peligro su salud o la del miembro por el que presenta esta solicitud, proporcione los detalles a continuación. Consideraremos la solicitud de procesamiento urgente en función de esta información.

## Contacto

¿Cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted en relación con esta solicitud?

Pueden dejarme un mensaje detallado sobre mi solicitud:

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Sí  No

Comuníquese con mi representante para hablar sobre esta solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si la hay y es diferente de la dirección de entrega):  
\_\_\_\_\_

Me gustaría comunicarme con un coordinador de atención para recibir ayuda adicional para acceder a atención médica, recibir servicios de salud del comportamiento o tratar afecciones médicas complejas.

Sí  No

**Continuación**

## Confirmación y autorización del miembro

Al firmar este formulario, entiendo y acepto lo siguiente:

- Me gustaría que mi plan médico verificara si cumpla los requisitos para recibir un dispositivo de apoyo durante condiciones climáticas extremas.
- Si se aprueba, acepto recibir los servicios que solicité anteriormente.
- Mi plan médico puede comunicarse conmigo para obtener más información sobre esta solicitud. Mi plan médico puede consultar mis expedientes, incluidos los relacionados con mis necesidades de atención. Esto también podría incluir los expedientes de mis proveedores de atención médica.
- Puedo utilizar con seguridad el dispositivo de climatización donde vivo. Puedo conectar el dispositivo de forma segura y legal.
- Firmo bajo pena de perjurio. Eso significa que, a mi leal saber y entender, toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera, precisa y completa.
- Si proporciono información falsa o incorrecta, podría estar sujeto a sanciones en virtud de la ley estatal o federal. Esto puede incluir tener que devolver el dinero gastado en cualquier servicio que reciba en virtud de esta solicitud.

## Firma

Un representante puede firmar este formulario en nombre de un miembro, incluso si dicho miembro es menor de edad.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Firma del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Envíelo por fax: 503-416-4726 o por correo electrónico: [requests.social.determinants@careoregon.org](mailto:requests.social.determinants@careoregon.org)

Puede recibir esta información en otros idiomas, en letra grande, braille o un formato de su preferencia. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es gratuita. Llame al 800-224-4840 o TTY 711. Aceptamos llamadas de relevo.

**For completion by CareOregon staff only (Debe completarse solo por el personal de CareOregon)**

Authorization number: \_\_\_\_\_

**315 SW Fifth Ave, Portland, OR 97204 · 800-224-4840 · TTY 711 · [careoregon.org](http://careoregon.org)**