

# Suplemento para ayudante de atención individual



Por favor escriba en letra de imprenta legible. Complete todas las secciones. Si necesita más espacio para completar cualquier sección, por favor use una hoja separada (incluya nombre y número de Seguro Social) y adjúntela a este formulario.

**Envíe por correo a:** MassHealth Enrollment Center  
P.O. Box 4405  
Taunton, MA 02780

**O por fax al:** (857) 323-8300

## Información sobre el solicitante/afiliado

Apellido	Nombre	Inicial	Número de teléfono ( )
Número de Seguro Social	Fecha de naci. (mm/dd/aaaa)		Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip

## Información sobre sus problemas de salud

Enumere y describa a continuación todos sus problemas médicos y de salud mental. Incluya cualquier cosa que le dificulte realizar actividades de la vida diaria, tales como bañarse, comer, asearse, vestirse, etc., inclusive si no recibe tratamiento para ese problema.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Información sobre actividades de la vida diaria con las que necesita ayuda física directa

Por favor indíquenos en el cuadro a continuación si necesita ayuda física directa de un tercero en las siguientes actividades de la vida diaria. Si marca sí para cualquiera de esas actividades, indíquenos con qué frecuencia usted necesita ayuda.

Actividad de la vida diaria	¿Necesita ayuda física directa?	¿Cuántas veces por día necesita ayuda física directa?	¿Cuántos días a la semana necesita ayuda física directa?
Movilidad (pasar de la cama a una silla, caminar, o utilizar un dispositivo médico aprobado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Bañarse (en la tina, cama, ducha, o en una silla) o higiene general (p. ej., cepillarse los dientes o peinarse)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Vestirse/desvestirse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Ejercicios de amplitud de movimiento (ejercitar las coyunturas con movimiento)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Comer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Aseo personal (sentarse o pararse del inodoro, limpiarse luego de usar el inodoro, vestirse/desvestirse, o cambiarse el pañal)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## Información sobre el cuidador

Por favor dénos el nombre de la persona o personas que le presta(n) asistencia, e indique la relación entre ustedes.

Nombre del cuidador	Relación con usted (p. ej., pariente, vecino, ayudante de atención individual)
Nombre del cuidador	Relación con usted (p. ej., pariente, vecino, ayudante de atención individual)

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información en este formulario es correcta y completa a mi mejor saber y entender.

Si usted está actuando en nombre de otra persona al llenar este formulario, también debe llenar y devolver el Formulario de designación de representante autorizado y enviarlo junto con este formulario. Su firma en este formulario como un representante autorizado certifica que la información en este formulario es correcta y completa a su mejor saber y entender.

X \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/afiliado o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha