

# PROGRAMA DE CUIDADORES

# GUÍA PARA EL CUIDADOR



Salud Completa

**MCS**

**2023-2024**

# Programa de cuidadores

# Contenido

Bienvenido cuidador.....	3
¿Quién es un cuidador?.....	4
Cuidador, también debes cuidarte.....	5
¡Cuídate, para que puedas cuidar de otros!.....	6
¡Protege tu salud!.....	9
Ama tu corazón.....	10
Conoce cómo ser el mejor cuidador.....	11
Conoce cómo desechar los medicamentos.....	12
Conoce nuestros programas.....	13
MCS en Alerta.....	14
¿Tu ser querido tiene directrices anticipadas?.....	15
¿Sabías que puedes representar a la persona que cuidas?.....	17
¡Ejercita tu mente!.....	26
¡Estamos a TU LADO!.....	27



**“Un acto de amor que reconocemos”**



Reconociendo los retos que enfrentas y la gran responsabilidad que tienes, hemos preparado esta guía con el propósito de asistirte con las gestiones necesarias que requieras realizar y apoyarte para que también puedas cuidarte y tener una **SALUD COMPLETA**.

Estar al cuidado de una persona puede ser muy gratificante, pero también puede ser difícil. En esta guía, te incluimos información sobre los servicios que ofrecemos, recomendaciones de cómo manejar situaciones con las que puedes enfrentarte, teléfonos importantes y estrategias de cómo puedes cuidarte para que puedas continuar cuidando a tu ser querido.

En nombre de la gran familia de **MCS**, agradecemos tu valiosa labor y el compromiso diario que aporta a la salud de los más que quieres.

**Salud Completa** 

# ¿Quién es un cuidador?



Quando una persona sufre deterioro en la salud y necesita ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria, requiere de un cuidador que le asista. En muchas ocasiones, los familiares que están cuidando activamente a un adulto mayor, no se identifican a sí mismos como cuidadores. Reconocer esta función puede ayudarles a recibir el apoyo necesario y lograr un mejor cuidado de la otra persona.



El cuidador es aquella persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de otra persona; papel que por lo general es asumido por un familiar o alguien cercano.



El cuidador brinda ayuda en las actividades de la vida diaria de la persona que asiste, facilitando que permanezca en su hogar y manteniendo roles familiares y sociales.



Los cuidadores pueden apoyar en diferentes tareas, tales como: preparar los alimentos, ayudar con el baño o la limpieza diaria, acompañar a las consultas médicas y durante las hospitalizaciones; comprar los medicamentos y ayudar a tomarlos. Además, sirven de compañía y son una parte importante para mantener un buen estado de ánimo de la persona a la que cuida.



Su rol es de mucha importancia para prevenir complicaciones de salud y lograr alcanzar y mantener una mejor calidad de vida para la persona que cuida.

# Cuidador, también debes cuidarte.



El **trabajo del cuidador** es altamente exigente y puede ser una experiencia muy gratificante, pero a su vez las exigencias físicas y emocionales de las tareas podrían afectarte, y con el tiempo pueden causar daños si no se manejan.

El **estrés del cuidador** (el estrés emocional y físico que conlleva el cuidado) es común, sin embargo, demasiado estrés, en especial por un largo tiempo, puede llevarte a descuidar tu salud y aumentar el riesgo de problemas médicos.

Presta atención a estos signos de estrés del cuidador y busca ayuda si es necesario.

- ✔ Sentirte abrumado o preocupado constantemente
- ✔ Sentir un cansancio frecuente
- ✔ Dormir mucho o no dormir lo suficiente
- ✔ Subir o bajar de peso
- ✔ Enojarte fácilmente
- ✔ Perder el interés en actividades que antes disfrutabas
- ✔ Sentir tristeza
- ✔ Sentir dolores de cabeza, de cuerpo u otros problemas físicos
- ✔ Consumir alcohol o drogas en exceso, incluidos medicamentos recetados

# ¡Cuídate, para que puedas cuidar de otros!

## Cumple con tu Plan de Cuidado.

Recomendaciones preventivas		
Prueba	Importancia	Recomendación
<b>Cernimiento de cáncer de seno</b>	La mamografía es la mejor manera de detectar el cáncer de seno en su etapa más temprana.	Mujeres entre 40 y 44 años deben consultar con su médico; la recomendación es de hacerse una mamografía anualmente. Mujeres entre 45 a 54 años se recomienda la mamografía anualmente. A partir de los 55 años debes hacértela cada dos años o según indicado por tu médico.
<b>Cernimiento de cáncer colorrectal</b>	El riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal aumenta con la edad.	Se recomienda el examen de detección de cáncer colorrectal entre los 50 a 75 años. Podría comenzar desde 45 años, si su médico así lo considera.
<b>Examen de densidad ósea</b>	La osteoporosis es una enfermedad que debilita los huesos y los hace más frágiles, aumentando el riesgo de fracturas. Mediante esta prueba el médico determinará si padeces de osteoporosis.	Mujeres de 65 años o más y hombres de 70 años o más, o antes si existen factores de riesgo. Se deben realizar la prueba cada dos años o como tu médico entienda necesario.
<b>Prueba de función pulmonar (espirometría)</b>	La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es progresiva y causa dificultad para respirar. La prueba de función pulmonar (espirometría) se utiliza para confirmar el diagnóstico de enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Si tienes síntomas o un diagnóstico de enfermedad respiratoria, consulta con tu médico el uso de esta prueba para confirmar el diagnóstico.
<b>Vacuna de influenza también conocida como gripe o flu</b>	Al recibir la vacuna disminuye el riesgo de contagio con el virus que causa la Influenza y evita complicaciones a tu salud.	Vacúnate en cada temporada, tan pronto la vacuna esté disponible.
<b>Vacuna de pulmonía (neumonía)</b>	Al recibir la vacuna disminuye el riesgo de contagio con la bacteria que causa la pulmonía y evita complicaciones a tu salud.	Por lo general se administra una dosis. Una segunda dosis puede ser recomendada en personas de 65 años en adelante. Consulta con tu médico.

## Recomendaciones para personas con diabetes

Prueba	Importancia	Recomendación
<b>Prueba de hemoglobina glicosilada (A1C)</b>	Cuando la diabetes está descontrolada puede afectar la vista, los riñones, el sistema nervioso y cardiovascular. Esta prueba se utiliza para verificar el control de la glucosa en la sangre.	Debe realizarse cada seis meses o según sea recomendado por tu médico.
<b>Examen de retina de ojo</b>	Otra de las complicaciones de la diabetes es la retinopatía (daño a la retina), causante de la pérdida de visión. Un examen de retina ayudará a detectar a tiempo cambios, para prevenir complicaciones.	Examen anual de la retina.
<b>Cernimiento de nefropatía</b>	La nefropatía (daño a los riñones) es otra de las complicaciones de la diabetes. Este daño se manifiesta inicialmente con la aparición de proteínas en la orina. Verificar el nivel de proteínas en la orina ayudará a un diagnóstico temprano y a prevenir complicaciones.	Anualmente, o según sea recomendado por tu médico.

## Recomendaciones para personas con diagnósticos específicos

Prueba	Importancia	Recomendación
<b>Artritis reumatoide</b>	Las personas con artritis reumatoide pueden sentir dolor, hinchazón, rigidez, malestar, cansancio, y en ocasiones tener fiebre. Si tienes artritis reumatoide, te exhortamos visitar a tu médico y consultarle sobre medicamentos para el manejo de esta condición.	Consulta con tu médico. Debe estar en terapia de medicamentos para tratar la condición.
<b>Diabetes o condición cardiovascular prueba de laboratorio de LDL (colesterol malo)</b>	Una alta concentración de colesterol malo (LDL) en la sangre aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares.	Debe realizarse anualmente. Su nivel óptimo debe ser menor de 100 mg/dl.

## Acciones recomendadas

Prueba	Importancia	Recomendación
<b>Registro de presión arterial</b>	Controlar la presión arterial es un paso importante en la prevención de infartos, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal, y reducir el riesgo de desarrollar otras enfermedades.	Pídele a tu médico que te tome la presión arterial en <b>cada visita</b> y que documente los resultados en tu expediente médico.
<b>Índice de masa corporal o BMI (por sus siglas en inglés)</b>	El índice de masa corporal proporciona la medida más útil para conocer si tu peso es saludable para tu estatura.	<b>Anualmente</b> solicita a tu médico que te indique cuál es tu índice de masa corporal y que documente los resultados en tu expediente médico.
<b>Completar y/o actualiza las directrices anticipadas</b>	Las directrices anticipadas son documentos legales que permiten a toda persona mayor de edad en pleno uso de sus facultades mentales, a expresar por escrito sus decisiones acerca del cuidado y tratamiento médico que desean recibir en caso de sufrir una condición de salud que no le permitiera expresarse durante dicho tratamiento.	<b>Completa tus Directrices Anticipadas.</b>  Habla con tu médico acerca de las diferentes opciones para el cuidado de tu salud y asegúrate de mantener una copia del documento completado en tu expediente médico.  Este documento se puede dejar sin efecto en cualquier momento de forma escrita o verbal.  Comunicaselo a tus familiares más cercanos y entrégales una copia
<b>Revisión de medicamentos</b>	Es importante realizar una verificación de tus medicamentos anualmente, de esta manera se corrobora que no haya medicamentos repetidos y que no haya interacción inapropiada entre ellos.	<b>Anualmente</b> pídele a tu médico o farmacéutico que revise la lista de tus medicamentos recetados y los que utilizas fuera del recetario (“OTC”).  Asegúrate que tu médico lo documente en tu expediente médico.
<b>Evaluación de dolor</b>	Es importante que evalúes el dolor ya que el padecimiento constante genera en las personas que lo presentan un deterioro de su calidad de vida.	<b>Anualmente</b> pídele a tu médico que te realice una evaluación comprensiva de dolor y que documente los resultados en tu expediente médico.
<b>Evaluación de estatus funcional</b>	Realizar una evaluación del estatus funcional o de las actividades diarias que llevas a cabo como: bañarte, vestirte, comer, transferirte de un lado a otro, uso del baño, caminar, entre otras, ayuda a determinar tu calidad de vida.	<b>Anualmente</b> pídele a tu médico que te realice una evaluación de estatus funcional y que documente los resultados en tu expediente médico.

Referencias: US Preventive Services Task Force Clinical Guidelines for Preventive Care; American Cancer Society; American Diabetes Association; NIH; National Osteoporosis Foundation; Centers for Disease Control and Prevention; HEDIS® 2018



# ¡Protege tu salud!

Si estás a cargo del cuidado de una persona, toma medidas para proteger tu propia salud y bienestar. Si no te cuidas a ti mismo, no estarás en posición de cuidar a tus seres queridos.

Sigue estas recomendaciones para proteger tu salud y prevenir el estrés del cuidador.

## Forma tu propio equipo

No intentes hacerlo todo solo. Piensa en las tareas que otros puedan hacer; prepara una lista y deja que las otras personas elijan en qué ayudarte. Esto puede aliviar tu carga, aunque sea buscando alimentos necesarios en el supermercado. Sé honesto, aunque no quieras ocupar a otros. Si necesitas ayuda, ¡pídelo!

## Sé realista

Ocurrirán situaciones que no podrás controlar. Lamentarte, presionarte o culparte no te ayudará ni a ti ni a la persona que cuidas. Mejor concéntrate en los momentos positivos a medida que surgen y disfruta de los buenos recuerdos. Mantente receptivo para realizar los cambios a tu plan cuando sea necesario.

## Recuerda siempre que estás haciendo lo mejor que puedes

Estás haciendo una diferencia en la vida de la otra persona. No te sientas culpable si no puedes hacer más, las necesidades de cuidado cambian a medida que avanza la enfermedad del paciente. No puedes hacer promesas sobre el tipo de cuidado que facilitarás, pero puedes asegurarte de que la persona reciba los cuidados que necesite y se encuentre segura.

## Maneja tus emociones

Es normal sentir estrés y preocupación. Puedes sentir emociones tales como tristeza, inquietud y enojo. Como cuidador, tienes más probabilidad de presentar síntomas de depresión o de ansiedad. Trata de comunicar tus pensamientos e inquietudes a las personas en quienes confías o a profesionales de la salud. Pídele consejos y ayuda. El estrés puede causarte serios problemas físicos y emocionales.

## Cuida de ti mismo

Quizás sientas que no tienes tiempo para preocuparte por tu propia salud, pero es muy importante que te cuides. Necesitas mantener tu salud física y mental en óptimas condiciones para poder cuidar de otra persona. Mantén buenos hábitos de alimentación, sueño y actividad física para mantener una actitud positiva.

## Únete a un grupo de apoyo

El grupo de apoyo te puede brindar validación y motivación, así como estrategias para afrontar situaciones difíciles. Las personas que asisten a los grupos de apoyo comprenden lo que estás atravesando.

## Toma tiempo para ti

Es muy importante relajarte y disfrutar de algún tiempo sin preocupaciones. Puedes hacer actividad física, ir al cine, bailar, leer o simplemente hablar con algún familiar o amigo. No importa qué escojas hacer. Lo importante es tomarte un tiempo cada día como tiempo personal. Este tiempo te ayudará a mantener la salud y el buen ánimo. Así podrás cuidar mejor a tu ser querido.

# ¡Ama tu corazón!



Las **enfermedades del corazón** son la principal causa de muerte tanto en Puerto Rico como en Estados Unidos. Practica estos hábitos saludables para proteger tu corazón.

- ✓ Haz ejercicios o actividad física. Tendrás más energía, un corazón más fuerte y mejor circulación.
- ✓ No fumes y limita el consumo de alcohol, esto te ayuda a mantener tu presión arterial en control.
- ✓ Lleva una alimentación saludable. Incluye vegetales, frutas y granos enteros. Limita las grasas, el sodio y el azúcar.
- ✓ Mantén un peso saludable. Estar sobrepeso además de traer consigo condiciones de salud, te pone a riesgo de enfermedades del corazón.
- ✓ Hazte el chequeo anual y mantén tus condiciones de salud bajo control. La diabetes, niveles de colesterol y triglicéridos elevados y sobre todo alta presión, son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades del corazón.

# Conoce cómo ser el mejor cuidador para tu ser querido



El **cuidador** es una pieza clave en el cuidado del paciente y forma parte del equipo de cuidado para la salud, compuesto también por el médico y el mismo paciente.

## Sigue estos consejos para que seas un buen cuidador:

- 1 Haz un plan** que incluya las necesidades inmediatas y como atenderlas en caso de que no pudieras estar un día. Las opciones para cubrir las necesidades dependerán de la situación financiera, la disposición de tu equipo de apoyo y la disponibilidad de recursos y servicios comunitarios. Existen muchas entidades que pueden ayudarte sin costo alguno; **oríentate**.
- 2 Busca ayuda** de otras personas para que puedan servir de relevo en ocasiones en las que no puedas estar presente.
- 3 Lleva una agenda** de las citas médicas para que puedas asistir y mantener una continuidad del cuidado de salud de tu ser querido.
- 4** Es fundamental que **entiendas la condición de la persona** que cuidas, sus enfermedades, la evolución de estas y cómo afectan a la persona. Esto te ayudará a entender las necesidades, aceptar los cambios que se darán progresivamente y cómo manejar las situaciones. **No temas a hacer preguntas y tomar notas durante las consultas con su médico.**
- 5 Ayuda al paciente** a vivir una vida lo más normal posible y haz lo que esté a tu alcance para mejorar su condición.
- 6** En la medida posible, **haz que el paciente participe** en la planificación de su propio cuidado. Permítele tomar decisiones acerca de sus tratamientos y cuidado. Si la persona no está tomando buenas decisiones, háblale sobre sus opciones.
- 7 La adherencia al tratamiento** es de suma importancia para el manejo de las condiciones y evitar complicaciones, por lo que es importante que asistas a la persona que estás cuidando a cumplir su tratamiento.
  - Asegúrate de seguir las instrucciones del médico o farmacéutico para todos los medicamentos. Deben tomarse en la cantidad y hora indicada.
  - Utiliza recordatorios como calendario, alarmas o notas, para saber cuándo debes proveerle el medicamento.
  - Manténlos en un lugar visible y utiliza pastilleros para agrupar los que deben ser reutilizados en la mañana, tarde y la noche.
  - Desecha todos aquellos medicamentos que ya la persona no necesite o que el médico haya discontinuado, de esta forma evitas confundirte.

# Conoce cómo desechar los medicamentos en tu casa



Dejar medicamentos sin usar en casa podría provocar un accidente. Por eso, es importante que los deseches y los elimines de forma segura. Pregunte en su farmacia si puede llevarlos a programas de devolución de medicamentos. Estos programas eliminan los medicamentos de forma segura.

## Si la farmacia no puede ayudarte, sigue estos pasos para desecharlo en la basura:

- 1** Sacar los medicamentos del frasco y mézclalos con tierra, borra de café (café molido usado) u otra sustancia poco atractiva.
- 2** Colocar la mezcla en una bolsa plástica o recipiente que puedas sellar.
- 3** Tirar el envase o bolsa al zafacón.
- 4** Tachar toda la información personal en la etiqueta del envase para que sea ilegible y desechar el envase.

# CONOCE NUESTROS PROGRAMAS

**MCS** tiene una variedad de programas y servicios para todos nuestros afiliados, y que te pueden apoyar a manejar diferentes situaciones con las que te puedas encontrar mientras cuidas de otras personas.



MCS Club Te Paga ofrece un espacio donde nuestros afiliados, asegurados y la comunidad en general podrán recibir información sobre la salud y el bienestar, actividades presenciales y virtuales e interactuar entre sí. Los miembros del MCS Club Te Paga recibirán contenido exclusivo, así como también promociones especiales para nuestros asegurados y afiliados. Puedes acceder a la página [www.mcsclubtepaga.com](http://www.mcsclubtepaga.com) donde encontrarás más detalles del MCS Club Te Paga.



Servicio de consultoría de salud (síntomas, medicamentos y efectos secundarios, nutrición, educación individualizada y qué hacer en casos de emergencia, atendido por enfermeras 24/7 a través de una llamada al 1.866.727.6271.



Servicios de urgencias ofrecido por médicos primarios, 24/7 a través de una llamada o videoconferencia comunicándose al 1.833.275.6276. Esto no sustituye al médico primario, pero ofrece una alternativa más accesible que visitar un centro de cuidado de urgencia o una sala de emergencias para tratar una condición común.



MCS Solutions es un programa de cuidado integrado de salud mental, disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana comuníquese al 1-866-627-4327.

# **MCS** | en alerta

**Conoce los números telefónicos de las agencias más importantes para comunicarse en caso de emergencias**

<b>AAA</b>	<b>787.620.2482</b>
<b>LUMA Energy</b>	<b>1.844.888.5862</b>
<b>Bomberos</b>	<b>787.343.2330</b>
<b>Cruz Roja Americana</b>	<b>787.758.8150</b>
<b>Agencia Estatal para el Manejo de Emergencias y administración de Desastres (AEMEAD)</b>	<b>787.724.0124</b>
<b>Policía de Puerto Rico</b>	<b>787.793.1234</b>
<b>Servicio de Emergencias</b>	<b>911</b>
<b>FEMA</b>	<b>787.296.3500</b>

# ¿Tu ser querido tiene directrices anticipadas?

## ¡Conoce de qué se trata!

Un paciente puede declarar previamente su voluntad sobre el tratamiento médico que desea recibir en caso de que su salud no le permita expresar sus deseos, es un derecho. El paciente puede hablar con su médico sobre como su condición de salud actual podría influir en el futuro y conocer las diferentes alternativas de tratamiento que podría recibir.

Las **directrices anticipadas** o la declaración previa de voluntad sobre tratamiento médico (como se conoce en Puerto Rico) son documentos legales que permiten a toda persona mayor de edad (21 años o más) en pleno uso de sus facultades mentales, a expresar por escrito sus decisiones acerca del cuidado y tratamiento médico que desea recibir en caso de sufrir una condición de salud que no le permitiera expresarse durante dicha condición. Además, provee mayor control sobre los asuntos decisivos en su calidad de vida, proporcionando a la familia, amistades y médicos la información fundamental que necesitan para su cuidado. Los médicos y otros profesionales de la salud están legalmente obligados a seguir tus directrices anticipadas.

### ¿QUÉ DEBEN INCLUIR LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS?

1. Nombre del declarante y nombre de los testigos (si fue realizada ante un médico) y firma de todas las partes.
2. La expresión (voluntad o deseo) del declarante (persona que emite una declaración de voluntad) en la cual ordena al médico o institución de servicios de salud que le amparen bajo su cuidado y que intervengan con su cuerpo, a abstenerse (prohibir) de someterse a cualquier tratamiento médico que sólo sirva para prolongar artificialmente el proceso inminente de la muerte.
3. Tratamiento médico que desea o no recibir el declarante, ejemplo: transfusiones de sangre, recibir ayuda para mantenerse vivo de manera artificial (ser entubado) por un tiempo breve o permanente.
4. Si el declarante desea o no donar sus órganos.
5. Deberá constar en dicha declaración el carácter voluntario de la misma.
6. Deberá indicarse la fecha, hora y lugar donde se otorga la declaración.
7. El declarante podrá incluir la designación de una persona que tome decisiones por él o ella, sobre la aceptación o rechazo de tratamiento en caso de que no puedas comunicarte por sí mismo.

## ¿QUÉ OCURRE SI NO TIENES DIRECTRICES ANTICIPADAS?

Si tu ser querido no tiene directrices anticipadas, las decisiones respecto a su salud las tomará otra persona y no siempre conforme a lo que hubiera deseado el paciente. Conforme a las leyes en Puerto Rico, se considerará como aquel que tome decisiones sobre aceptación o rechazo de tratamiento médico al próximo pariente mayor de edad, teniendo el primer rango el cónyuge del declarante.

### RECUERDA como cuidador:

- Guardar el documento original de las directrices anticipadas del paciente en un lugar seguro y donde puedan encontrarlas fácilmente.
- Debes comunicárselo a los familiares más cercanos y entregar una copia.
- Debes entregar una copia a su médico para que la mantenga en el expediente del paciente.



**ADVERTENCIA:** ESTA INFORMACIÓN NO PRETENDE NI DEBE ENTENDERSE COMO CONSEJO O ASESORÍA LEGAL. ESTE CONTENIDO ES ÚNICAMENTE PARA PROPÓSITOS INFORMATIVOS.



# ¿Sabías que puedes representar a la persona que cuidas?



Si estás al cuidado de un afiliado o asegurado de MCS, podrías realizar ciertas gestiones en su nombre. Para oficializar esta representación, es importante que el afiliado o asegurado firme el formulario de Uso y/o Divulgación de Información (PHI), que se utiliza para que el afiliado o asegurado autorice a una persona o entidad a tener acceso a su Información Protegida de Salud. Además, si un afiliado o asegurado quiere asignar a una persona para presentar una queja, solicitar una determinación de cobertura o solicitar una apelación en su nombre, el afiliado o asegurado debe completar el formulario de Nombramiento de Representante.

Aquí te incluimos ambos formularios para que los completes, de ser necesario.

Si necesitas ayuda para completarlos, puedes comunicarte a nuestros Centros de Llamadas al 1-866-627-8183 (MCS Classicare), al 1-888-758-1616 (MCS Life) o visitando cualquiera de nuestros Centros de Servicio (detalles de los Centros en la sección **¡Estamos a tu lado!**)

Acceda al documento PHI digital en:

<https://mcsclassicare.com/SiteAssets/docs/ES/formulario-phi.pdf>



## AUTORIZACIÓN PARA USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Esta autorización es:  Tramitada por el asegurado  Solicitada por MCS

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Contrato: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**(A)** Por la presente autorizo a MCS a:

I. Utilizar y/o divulgar la Información Protegida de Salud según se describe a continuación. Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación. Entiendo que esta información se recopiló de bancos de datos de MCS y/o sus asociados de negocio. (Favor de seleccionar la(s) opción(es) según apliquen)

Récord completo del asegurado  Procedimiento quirúrgico (Especifique \_\_\_\_\_)

Pre-autorizaciones  Otro (Especifique \_\_\_\_\_)

II. Otorgar permiso para actuar en mi nombre para (si aplica):

Realizar cambio de dirección  Cambio de médico primario

**(B)** Autorizo a las siguientes personas (o clases de personas), en la siguiente dirección, a recibir, y hacer uso y/o divulgación autorizada de mi Información Protegida de Salud:

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**(C)** Mi Información Protegida de Salud se utilizará o divulgará para los siguientes propósitos: (Favor seleccionar una opción).

A solicitud del individuo  Procedimiento Judicial  Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)

**(D)** Esta autorización vence (Especifique una fecha o evento): \_\_\_\_\_

**(E)** Si usted es representante autorizado del asegurado, favor de seleccionar abajo la opción que le otorga dicha autoridad e incluya una copia del documento:

Poder legal  Certificación del médico  Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi decisión de revocar esta autorización deberá ser por escrito y será enviada a MCS, donde se mantiene mi Información Protegida de Salud. Reconozco que, si decido revocar esta autorización, ésta no será efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a usar y/o divulgar mi Información Protegida de Salud hayan actuado conforme a esta autorización o en la medida en que esta autorización haya sido provista como condición para obtener cobertura de seguro, u otra ley provea al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización cuando el uso y/o divulgación sea solicitado por MCS. Si me niego a firmarla, no se afectará mi elegibilidad para cobertura. Entiendo la posibilidad de que la Información Protegida de Salud provista a través de esta solicitud sea re-divulgada por el receptor. Si la re-divulgación se hace a alguien que no está obligado a cumplir con los reglamentos federales de protección de privacidad, dicha información podría ya no estar protegida.

\_\_\_\_\_  
Asegurado o Representante Autorizado  Firma  Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (De ser necesario)  Firma  Fecha

H5577\_3190S0821\_C



**Instrucciones Generales para completar el Formulario de  
Autorización para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud**

- El formulario para Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud se utiliza para que el asegurado autorice a una persona o entidad a tener acceso a su Información Protegida de Salud.
- La Autorización puede ser tramitada por el asegurado o por MCS. En su caso marque "Tramitada por el asegurado".
- Escriba el nombre, fecha de nacimiento, número de contrato, dirección y un número de teléfono. **Provea copia de una identificación con firma (ejemplo: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte) para validar su firma en el formulario.**

**(A)-** Seleccione o especifique la información que se va a utilizar y/o divulgar y/o el permiso que va a otorgar.

**(B)-** Escriba el nombre de la persona, personas o nombre de la institución que usted autoriza y la dirección completa. **Provea copia de una identificación con firma (ejemplo: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte) de la o las personas, o representante de la institución que usted autoriza.**

**(C)-** Seleccione cómo se utilizará la Información Protegida de Salud. **Si no desea proveer información sobre el uso, favor de marcar "A solicitud del individuo".**

**(D)-** Especifique una fecha o evento de expiración para la autorización (ejemplo: "31/12/2050", "válido mientras la cobertura del plan esté activa").

**(E)-** Para ejercer como representante autorizado del asegurado, presente un Poder Legal, Certificación Médica, y/o otro documento que indique que usted está a cargo del cuidado de salud del asegurado. **Deberá proveer copia de uno de estos documentos y de una identificación con firma. El documento de representación de beneficios del Seguro Social no es admisible para efectos de este formulario.**

**Importante:**

- La firma y la fecha en la autorización también son requisitos para que el documento sea válido.
- Si el Formulario de Autorización no está debidamente completado, el mismo es inválido y por consiguiente es in-procesable. Esta situación puede causar retrasos en nuestro servicio.

**Favor de entregar este formulario y solicitar asistencia para procesar el mismo en el Centro de Servicio de  
MCS más cercano  
Centro de Llamadas MCS 787-758-2500 (Área Metro), 1-866-627-8183 (Libre de Costo) y TTY 1-866-627-  
8182  
Horario de Servicio de lunes a domingo 8:00 a.m. a 8:00 p.m.**

MCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS complies with applicable Federal civil rights laws and



does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182)。

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.

H5577\_3190S0821\_C



## NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE

Nombre de la Parte	Numero de Medicare (beneficiario como parte) o identificador Nacional del Proveedor (proveedor o suplidor como parte)
--------------------	---

### Sección 1: Nombramiento de un Representante

Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):

Yo nombro a mencionado en la Sección 2 para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir toda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicitud en mi representación. Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi solicitud al representante indicado a continuación.

Firma de la Parte Solicitando Representación		Fecha
Dirección		Número de teléfono (con código de área)
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		Número de Fax (opcional)

### Sección 2: Aceptación del Nombramiento

Para ser completado por el representante:

Yo, \_\_\_\_\_, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como \_\_\_\_\_  
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del representante		Fecha
Dirección		Número de teléfono (con código de área)
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		Número de Fax (opcional)

### Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

**Instrucciones:** El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y deben completar esta sección.)

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a \_\_\_\_\_ ante el Secretario(a) del HHS.

Firma	Fecha
-------	-------

### Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

**Instrucciones:** Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare). Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

Firma	Fecha
-------	-------



## INSTRUCCIONES Y REQUISITOS REGLAMENTARIOS

### Instrucciones

Nombre de la Parte: Este es el nombre de la persona o entidad que tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (el nombre de la persona que tiene Medicare o el nombre del proveedor o proveedor).

Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional: Esto debe completarse cuando la persona o entidad que designa a un representante tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional. Si no aplica, complete "no aplica".

Todos los demás campos rellenable de las Secciones 1 y 2 son obligatorios a menos que se indiquen como opcionales dentro del campo. Consulte el reglamento en [42 CFR 405.910](#).

### Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del HHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés) o la revisión de un abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

El formulario, OMHA-118, "Petición para Obtener la Aprobación de un Honorario por Concepto de Representación de un Beneficiario," se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ revisión de OMHA o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. El formulario, OMHA-118, se encuentra en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

### Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

### Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante HHS.

### Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja o protesta si está solicitando una queja o protesta, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048, o con su plan de Medicare.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o llame al 1-800-MEDICARE para más información. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048

---

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-0950. El tiempo requerido para completar este formulario es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completar y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para completarlo o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.



MCS Life Insurance Company  
 P.O. Box 9023547  
 San Juan, P.R. 00902-3547  
 787.758.2500

### Nombramiento de Representante

NOMBRE DEL ASEGURADO	NÚMERO DE CONTRATO
----------------------	--------------------

#### SECCIÓN 1: NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE

Debe completarla el asegurado:

Nombro a \_\_\_\_\_, para que se desempeñe como mi representante en relación con mi <Querella o Apelación> como asegurado de MCS Life Insurance Company. Autorizo a que esta persona realice toda solicitud, presente u obtenga evidencia, obtenga información sobre Querellas y/o Apelaciones y reciba toda notificación relacionada con mi Querella y/o Apelación, completamente en mi representación. Entiendo que la información médica personal relacionada con mi Querella y/o Apelación podría comunicarse al representante aquí indicado.

Firma del Asegurado		Fecha
Dirección		Número de Teléfono (incluir código de área)
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico (opcional)		

#### SECCIÓN 2: ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO

Debe completarla el representante:

Yo, \_\_\_\_\_, acepto por este medio el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido el desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy, en calidad de empleado corriente o pasado empleado de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del asegurado; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación por la Secretaría. Yo soy el/la \_\_\_\_\_.  
 (Situación profesional o relación con la parte. Por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del Representante		Fecha
Dirección		Número de Teléfono (incluir código de área)
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo Electrónico (opcional)		



MCS Life Insurance Company complies with federal civil rights laws applicable and does not discriminate on grounds of race, color, national origin, age, disability or sex. MCS Life Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS Life Insurance Company 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。ATTENTION: If you speak English, language assistance services, are available to you free of charge. Call 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182). ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.888.758.1616 (TTY: 1.866.627.8182).

**Aviso de confidencialidad:** esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. COM\_G&A\_01\_S\_0520



# Referencias

<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>

<https://www.alz.org//ayuda-y-apoyo/cuidado/cuidadores-saludables>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/caregiver-stress/art-20044784>

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/personas-que-atienden-a-la-persona-con-cancer/para-la-persona-a-cargo-del-cuidado-de-alguien-con-cancer.html>

<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/es/booklets-flyers/being-a-caregiver.pdf>

[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-72032018000300226](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226)

<https://www.fda.gov/consumers/free-publications-women/sepa-como-tomar-sus-medicamentos-use-medicines-wisely>

<https://es.familydoctor.org/como-sacar-el-maximo-provecho-de-su-medicamento/?adfree=true>

Ley Núm. 160 de 17 de noviembre de 2001, <https://www.lexjuris.com/LEXLEX/Leyes2001/lex2001160.htm> [https://opp.pr.gov/MaterialEducativo/Material%20Educativo/Dialogo%20con%20tu%20medico%20-%20 Directrices%20Anticipadas.pdf](https://opp.pr.gov/MaterialEducativo/Material%20Educativo/Dialogo%20con%20tu%20medico%20-%20Directrices%20Anticipadas.pdf)

# ¡Ejercita tu mente!

## Sopa del cuidador

V	T	A	I	A	N	M	M	A	M	O	R	U	S	E
A	D	F	A	M	I	L	I	A	T	E	L	E	A	J
D	E	A	T	D	E	M	A	C	S	A	U	N	L	E
I	S	R	U	A	N	U	T	D	T	M	D	T	E	R
S	C	L	M	A	M	E	D	N	T	N	R	I	L	C
I	A	I	C	A	E	D	E	A	U	E	I	N	A	I
S	N	D	E	C	L	M	N	R	R	U	E	R	Y	C
U	S	C	U	I	D	A	D	O	R	C	A	E	U	I
R	A	F	I	U	R	I	D	O	S	T	T	O	D	O
U	R	E	L	S	D	A	M	D	S	A	V	D	A	S
D	A	A	I	N	C	C	A	E	D	T	S	C	T	T
E	S	N	D	R	D	E	N	I	S	I	N	S	C	U
E	A	Z	E	U	F	E	U	L	A	A	T	E	C	I
O	S	R	F	R	I	C	R	U	D	L	R	L	D	T
I	S	L	A	B	J	Y	A	S	A	S	R	L	A	E

**AMOR  
AYUDA  
BIENESTAR  
CUIDADOR  
CUIDATE**

**DESCANSAR  
EJERCICIOS  
FAMILIA  
SALUD  
SALUD MENTAL**

# ¡Estamos a TU LADO!



## **MCS Plaza Centro de Servicio Hato Rey**

MCS Plaza, 1er piso Suite 105, 255 Ave. Ponce de León, San Juan, PR 00916-1919

## **MCS Centro de Servicio Aguadilla**

Aguadilla Mall, State Rd. #2 Km. 126.5, Booth 3 Suite 195, Lot #46, Aguadilla, PR 00605

## **MCS Centro de Servicio Arecibo**

Galería Pacífico Carr. 10 Km. 85.7, Bo. Tanamá Arecibo, PR 00612

## **MCS Centro de Servicio Bayamón**

San Miguel Plaza Building 2 Las Rosas Street Santa Cruz Corner Bayamón, PR 0096100612

## **MCS Centro de Servicio Caguas**

Calle Marginal Carr. 1 Km. 33.3 Bo. Bairoa (al lado de McDonald's) Entrada Angora Industrial Park 00725

## **MCS Centro de Servicio Carolina**

Escorial Office Building I. Parque Escorial Ste. 100. Bo. San Antón Ave. Sur 1400, Carolina, PR 00987

## **MCS Centro de Servicio Fajardo**

Local I Ralph Food Warehouse, Carr.3, Esq. Calle Igualdad, Km 45.5, Bo. Quebrada, Fajardo, PR 00738

## **MCS Centro de Servicio Guayama**

Condominio Commerce Plaza #1 Carr. 3, Int. Carr.54, Local 101 D Guayama, PR 00784

## **MCS Centro de Servicio Manatí**

Manatí Plaza PR149 int. PR2, Local 6 Manatí, PR 00674

## **MCS Centro de Servicio Mayagüez**

Santander Securities Plaza Bldg., #349 Hostos Ave., Suite 103 Mayagüez, PR 00680

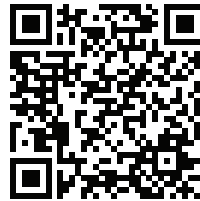
## **MCS Centro de Servicio Ponce**

MCS Building Ave. Tito Castro 601 Carr. 14 Km. 4.2, Ste. 105 Bo. Machuelo Abajo Ponce, PR 00716

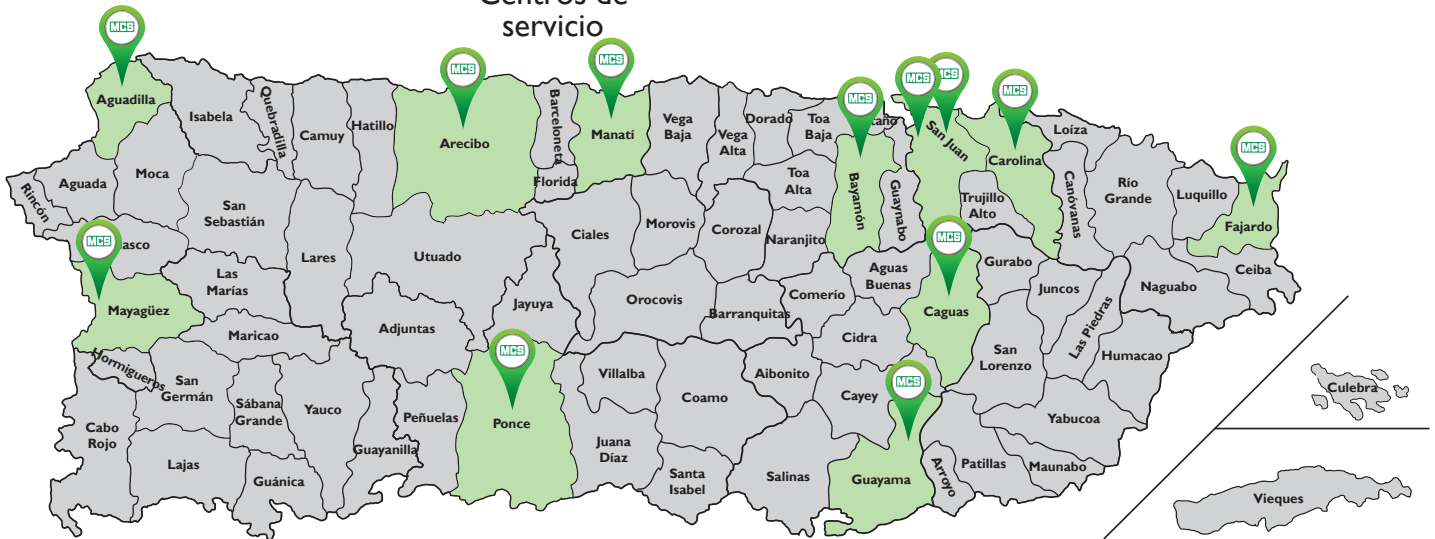
## **Club Te Paga Plaza Las Américas**

2do nivel centro comercial Plaza Las Américas, 252 Av. Franklin Delano Roosevelt, San Juan, Puerto Rico 00918

# CENTROS DE SERVICIO



Centros de servicio



## AGUADILLA

Aguadilla Mall  
Carr. #2 Km 126.5  
Local 3, Suite 195, Lote #46  
Aguadilla, PR 00603

## ARECIBO

Galería Pacífico  
Carr. 10 Km. 85.7, Bo. Tanamá  
Arecibo, 00612

## BAYAMÓN

Edificio San Miguel Plaza  
Calle Las Rosas #2  
Esquina Santa Cruz  
Bayamón, PR 00961

## CAGUAS

Angora Block, sector Bairoa  
Marginal frente a  
Ralph Food Warehouse  
Carr. #1 km 33.3 Caguas, PR 00725

## CAROLINA

Escorial Office Building I  
Parque Escorial Ste. 100  
Carr. #1, Esq. 172, Store 41 B  
Bo. San Antón, Ave. Sur 1400  
Carolina, PR 00987

## FAJARDO

Local I Ralph Food Warehouse  
Carr #3, Esq. Calle Igualdad,  
Km 45.5, Bo. Quebrada  
Fajardo, PR 00784

## GUAYAMA

Condominio Commerce Plaza #1  
Carr #3, Int. Carr #54  
Local 101 D  
Guayama, PR 00784

## MANATÍ

Centro Plaza  
Carr #2, Local 6  
Manatí, PR 00674

## MAYAGÜEZ

Edificio Santander Security Plaza  
349 Ave. Hostos  
Suite 103  
Mayagüez, PR 00680

## PONCE

Edificio MCS  
601 Ave. Tito Castro, Suite 105  
Carr. 14 Km 4.2, Bo. Machuelo Abajo  
Ponce, PR 00716

## OFICINA CENTRAL

MCS Plaza, 1er piso  
Suite 105  
255 Ave. Ponce de León  
San Juan, PR 00916-1919

## SAN JUAN

Plaza Las Américas,  
525 Ave. Franklin Delano  
Roosevelt  
San Juan, PR 00918

**1.888.758.1616 | 787.281.2800**

El propósito de esta hoja es informar sobre los Centros de Servicio de MCS Life Insurance Company. Para obtener más información sobre estos, puede comunicarse a través del número de contacto pertinente, o puede visitar nuestros Centros de Servicios. Ciertas restricciones, condiciones o términos pueden aplicar. Suscrito por MCS Life Insurance Company. (Rev: feb. 2023).

# Solución

V	T	A	I	A	N	M	M	A	M	O	R	U	S	E
A	D	F	A	M	I	L	I	A	T	E	L	E	A	J
D	E	A	T	D	E	M	A	C	S	A	U	N	L	E
I	S	R	U	A	N	U	T	D	T	M	D	T	E	R
S	C	L	M	A	M	E	D	N	T	N	R	I	L	C
I	A	I	C	A	E	D	E	A	U	E	I	N	A	I
S	N	D	E	C	L	M	N	R	R	U	E	R	Y	C
U	S	C	U	I	D	A	D	O	R	C	A	E	U	I
R	A	F	I	U	R	I	D	O	S	T	T	O	D	O
U	R	E	L	S	D	A	M	D	S	A	V	D	A	S
D	A	A	I	N	C	C	A	E	D	T	S	C	T	T
E	S	N	D	R	D	E	N	I	S	I	N	S	C	U
E	A	Z	E	U	F	E	U	L	A	A	T	E	C	I
O	S	R	F	R	I	C	R	U	D	L	R	L	D	T
I	S	L	A	B	J	Y	A	S	A	S	R	L	A	E





# DOCUMENTOS LEGALES O IMPORTANTES

Tipo de documento	Si	No	Lugar donde se encuentra
Tarjeta del plan médico			
Tarjeta del Seguro Social			
Tarjeta de identificación con foto			
Tarjeta de Medicare (blanca y azul)			
Cuentas bancarias			
Poder Legal			
Testamento			
Pasaporte			
Certificado de nacimiento			
Certificado o sentencia de divorcio			
Seguro de Vida			
Acta de defunción cónyuge o padres			
Escrituras de vivienda y otras propiedades			
Prearreglos funerales y/o directrices anticipadas			
Otros documentos.....			











# Salud Completa

H5577\_21001023\_C