CMS
CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

GUÍA PARA OBTENER CUIDADO DE SALUD



APRENDA COMO:

- Usar su plan
- Buscar proveedores
- Hacer citas
- Planificar visitas

Comienzo

Esta guía para obtener cuidado de salud está diseñada para ayudarle a entender su cobertura médica, encontrar la atención adecuada y aprovechar al máximo sus beneficios. En el interior, aprenderá a usar su plan médico, elegir proveedores, programar citas y prepararse para las visitas.

La guía también explica términos claves, ofrece consejos prácticos y comparte recursos para ayudarle a gestionar su salud con confianza y recibir la atención que necesita. Léalo de principio a fin o vaya a un paso específico para una referencia rápida.

Contenido

Su camino para conseguir cuidado de salud - - - - - - - - - - - - - - - - - 2

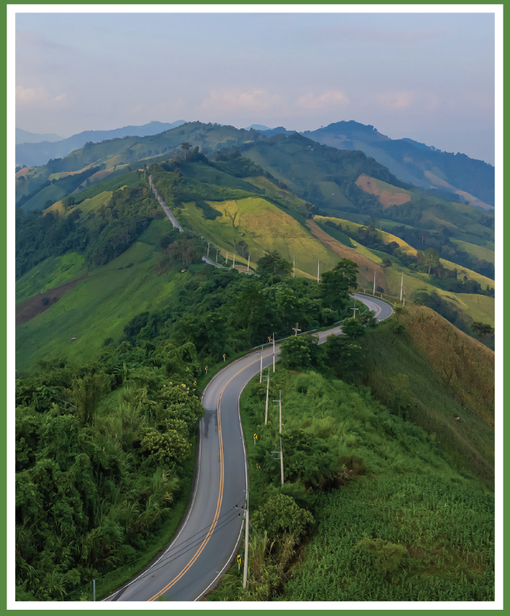
PASO 1: Entienda su cobertura médica - - - - - - - - - - - - - - - - - - - 5

PASO 2: Conozca dónde acudir para recibir atención - - - - - - - - - - - 15

PASO 3: Encuentre un proveedor - 19

PASO 4: Pida cita y planifique su visita - - - - - - - - - - - - - - - - - 23

Enlaces y recursos útiles - 27



Su camino para obtener cuidado de salud



PASO 1: Entienda su cobertura médica

- Consulte con su plan médico qué servicios están cubiertos (puede estar en el manual o en el sitio web de su plan).
- Entienda cuánto tendrá que pagar, incluyendo primas, deducibles, copagos y coseguros.
- Conozca la diferencia entre atención dentro de la red y fuera de la red.
- Conozca dónde encontrar información sobre costos y coberturas, incluyendo el sitio web o portal de su plan médico y revisando sus estados de la Explicación de Beneficios (EOB en inglés).

PASO 2: Conozca dónde acudir para recibir atención

- Atención primaria: para atención regular, no urgente, como: resfriado o examen físico anual.
- Emergencias: para emergencias y eventos que ponen en peligro la vida, como fiebre alta o infarto.
- Cuidado de urgencia: para cuando no puede esperar a ver a su médico primario como un sarpullido fuerte el fin de semana.





PASO 3: Encuentre un proveedor

- Encuentre un proveedor en la red de su plan llamando a su plan o consultando su sitio web.
- Busque un proveedor que acepte nuevos pacientes y que esté en red con su seguro.
- Comuníquese con su plan médico si le asignaron a un proveedor y quiere cambiar.

PASO 4: Pida cita y planifique su visita

- Cuando pida cita, pregunte si aceptan su seguro y cómo puede pagar los gastos de su bolsillo.
- Si es necesario, pregunte en la oficina si pueden proporcionarle un traductor o cualquier adaptación por discapacidad que necesite.
- Reúna lo que necesita llevar a su cita, como su tarjeta de seguro, una lista de los medicamentos que toma y cualquier pregunta o duda que quiera comentar.
- Durante su visita, haga preguntas y asegúrese de entender cuáles son los siguientes pasos.
- Lleve a alguien con usted si necesita ayuda para hacer preguntas o para recordar información.





PASO 1:
Entienda su cobertura médica

Conocer cómo usar su cobertura médica es un paso importante para mejorar la salud y el bienestar. Usted o su familia pueden tener cobertura médica a través de:

- Su empleador, ya sea directamente o a través de una compañía privada de seguros
- Un plan del Mercado a través de CuidadoDeSalud.gov
- Una póliza de seguro médico comprada directamente a una compañía privada
- Medicare
- Medicaid
- Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Otras fuentes de cobertura

La cobertura médica generalmente cubre las pruebas de rutina y otros servicios preventivos, servicios a los proveedores, medicamentos, atención hospitalaria y equipos especiales cuando estás enfermo.

La mayoría de las coberturas incluyen vacunas para niños y adultos, revisiones anuales y más, sin costos de bolsillo. Mantenga su cobertura pagando sus primas mensuales (si las tiene).

CONSEJO DE COSTO

Tiene derecho a obtener información sobre los costos. Muchos planes de salud de los empleadores y de seguro de salud comercial deben:

- Hacer disponible la información sobre los costos de los artículos y servicios cubiertos. Si necesita información sobre costo, pregunte a su plan cómo encontrarla.
- Proporcionar información en tiempo real sobre sus gastos de bolsillo.

Los planes de salud son diferentes, por lo que es importante entender los detalles de su cobertura, incluyendo:

- Los proveedores de la red de su plan
- Los servicios que cubre su plan
- Costos de bolsillo por cada visita tanto dentro como fuera de la red
- Costos de bolsillo de sus medicamentos recetados

Pida a su plan médico un "Resumen de Beneficios y Coberturas". En él se detalla lo que cubre su plan de seguro médico, sus gastos de bolsillo (como deducibles y copagos), y las limitaciones de cobertura. Visite **CuidadoDeSalud.gov/health-care-law-protections/summary-of-benefits-and-coverage** para obtener más información.

Aquí tiene algunos términos relacionados con su plan médico:

Una **prima** es el pago periódico a su plan médico o de medicamentos recetados para cobertura médica o de medicamentos. Usted y/o su empleador normalmente la pagan mensual, trimestral o anualmente. Su prima no está incluida en su deducible, copago ni coseguro. Si no paga su prima, perderá su cobertura.

Una **red** es el grupo de proveedores con los que su plan médico contrató para proporcionar cuidado de salud.

- Comuníquese con su plan médico para saber qué proveedores están "dentro de la red." Estos proveedores también pueden llamar "proveedores preferentes" o "proveedores participantes."
- Si un proveedor está "fuera de la red," puede que le cueste más verlo.
- Las redes pueden cambiar. Consulta con su proveedor cada vez que pida cita para saber cuánto tendrá que pagar.

Su **deducible** es la cantidad que paga por los servicios cubiertos antes de que su plan médico empiece a pagar.

EJEMPLO: Si tiene un deducible de $1,000, pagará $1,000 de su bolsillo por servicios de atención médica antes de que su plan empiece a pagar.

Luego de pagar la deducible, normalmente paga un copago o coseguro por los servicios cubiertos, y su plan médico paga el resto. Algunos cuidados preventivos están disponibles sin copago, ni coseguro, incluso antes de pagar la deducible.

La atención preventiva le ayuda a evitar desarrollar problemas de salud y detecta enfermedades en una fase temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor. La atención preventiva incluye cribados, revisiones y asesoramiento al paciente para ayudar a prevenir enfermedades, dolencias u otros problemas de salud. Visite **CuidadoDeSalud.gov/coverage/preventive-care-benefits** para obtener más información.

Su **coseguro** es la cantidad que puede que tenga que pagar como parte del costo de los beneficios luego de pagar cualquier deducible, y puede variar según su plan médico y el tipo de servicio que reciba.

EJEMPLO: Su proveedor cobra $100 por una visita a la consulta (según lo permitido por su contrato con su plan médico). Si cumplió con su deducible, su pago del 20% de coseguro sería de $20. El plan médico paga el otro 80%.

Su **copago**, también llamado copago, es una cantidad fija que puede que tenga que pagar como parte del costo de las capacidades luego de pagar cualquier deducible. Un copago es una cantidad fija, como $30.

EJEMPLO: Su proveedor cobra $100 por una visita a la consulta (según lo permitido por su contrato con su plan médico). Su copago es de $30. Si pagó su deducible, entonces paga $30, normalmente en el momento de la visita.

Puede tener diferentes copagos para distintos servicios dentro del mismo plan, como medicamentos, laboratorio y visitas a un especialista. Generalmente, los planes con primas mensuales más bajas tienen copagos más altos. Los planes con primas mensuales más altas suelen tener copagos más bajos.

El **máximo de pago de bolsillo**, también llamado límite de bolsillo, es lo máximo que paga por servicios cubiertos en un año de plan. Luego de gastar esta cantidad en deducibles, copagos y coseguro, su plan cubre el 100% de los servicios de salud cubiertos durante el resto del año.

El máximo de gastos de bolsillo no incluye:

- Su prima mensual
- Cualquier gasto por servicios que su plan no cubre
- Servicios fuera de la red (algunos planes tienen un máximo de pago de bolsillo separado para servicios fuera de la red)
- Costos superiores a la cantidad permitida por un servicio que un proveedor puede cobrar, cuando esté legalmente permitido



Su plan médico le enviará una **Explicación de Beneficios (EOB en inglés)** después de que visite a un proveedor o reciba un servicio. No es una factura. Es un registro de la atención que recibió y cuánto cobró su proveedor a su plan médico. Vaya a la página 12 para saber más sobre su EOB.

Si tiene que pagar más por su atención, recibirá una factura de su proveedor.

Su tarjeta de seguro

Probablemente su plan médico le envió una tarjeta de seguro con información importante sobre su cobertura. Guárdela. La necesitará cuando vaya a un profesional o si llama a su seguro médico para hacer una pregunta.

Su tarjeta puede parecer diferente a la de la página siguiente, pero debería tener el mismo tipo de información. Algunos planes de salud no proporcionan tarjetas, pero le darán esta información de otra manera.

Comuníquese con su plan si no recibió la tarjeta (o la información que estaría en una tarjeta) o si tiene dudas sobre esa información.

Su tarjeta puede incluir:

1. Nombre del miembro
Esto suele estar impreso en su tarjeta. Normalmente es su nombre o el del titular de la póliza.

2. Número de miembro
Este número se usa para identificarlo. Indica a su proveedor cómo facturar a su plan médico. Si su cónyuge o los hijos también están en su cobertura, sus números de miembros pueden parecer muy similares.

3. Número de grupo
Este número se usa para rastrear el beneficio específico que ofrece su plan.



4. Copago
Estas son las cantidades que deberá pagar cuando reciba atención médica, luego de pagar su deducible.

5. Números de teléfono
Este es el número al que debe llamar a su plan médico si tiene preguntas sobre cómo encontrar un proveedor o lo que incluye su cobertura.

6. Tipo de plan
Su tarjeta podría tener una etiqueta como Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) u Organización de Proveedores Preferidos (PPO) para describir el tipo de plan que tiene. Estas etiquetas le indican qué tipo de red tiene su plan.

7. Copagos de recetas
Estas son las cantidades que adeudará por cada receta, luego de pagar su deducible.

PREVENIR EL FRAUDE

Si alguien más usa su tarjeta de seguro o número de miembro para obtener medicamentos recetados o atención médica para cualquiera que no seas usted, están cometiendo fraude. Ayude a prevenir el fraude médico.



Nunca deje que nadie más use su tarjeta de seguro.



Mantenga su información personal en un lugar seguro.



Llame a su seguro de salud de inmediato si pierde su tarjeta de seguro.

Preguntas para ayudarle a entender sus costos

Es importante entender cuánto podría tener que pagar cuando reciba atención. Las preguntas a continuación pueden ayudarle a entender mejor sus costos. Comuníquese con su plan médico para pedir ayuda si no sabe las respuestas a estas preguntas.

- ¿Cuánto tendré que pagar por una visita de atención primaria? ¿Una visita a un especialista? ¿Una visita de salud mental?
- ¿Tendría que pagar una cantidad diferente si veo a un proveedor “dentro de la red” o “fuera de la red”?
- ¿Cuánto tengo que pagar por medicamentos recetados?
- ¿Hay límites en el número de veces que puedo acudir a un tipo específico de proveedor?
- ¿Cuánto me costará ir a la sala de emergencia si no es una emergencia?
- ¿Cuál es mi deducible?
- ¿Necesito un referido para ver a un especialista?
- ¿Qué servicios no están cubiertos por mi plan?

Ejemplo de costos

A continuación, se muestran ejemplos de cómo su plan médico podría usar los términos tratados en esta sección para explicar la cobertura de su plan.

Manejo de la diabetes tipo 2
(1 año de mantenimiento rutinario de una condición crónica bien controlada)

- Cantidad adeudada a los proveedores: $5,400
- El plan paga: $3,520
- El paciente paga: $1,880

Ejemplos de costos de atención:

Recetas	$2,900
Equipos y suministros médicos	$1,300
Visitas y procedimientos	$700
Educación	$300
Pruebas de laboratorio	$100
Vacunas y otros servicios preventivos	$100
Total	**$5,400**

Pagos del paciente:

Deducibles	$800
Copagos	$500
Coseguro	$580
Total	**$1,880**

Va a tener un bebé
(parto normal)

- Cantidad adeudada a los proveedores: $7,540
- El plan paga: $5,490
- El paciente paga: $2,050

Ejemplos de costos de atención:

Gastos hospitalarios (madre)	$2,700
Cuidado obstétrico rutinario	$2,100
Gastos hospitalarios (bebé)	$900
Anestesia	$900
Pruebas de laboratorio	$500
Recetas	$200
Radiología	$200
Vacunas y otros servicios preventivos	$40
Total	**$7,540**

Pagos del paciente:

Deducibles	$700
Copagos	$30
Coseguro	$1,320
Total	**$2,050**

Sitio web o portal de su plan médico

Su plan médico debería tener un sitio web o portal que le ofrezca más detalles sobre su cobertura y cuidado de salud. Puede que se le pida iniciar sesión para crear una cuenta en este sitio web, especialmente si ofrece información personalizada. Este sitio web contiene una lista de los proveedores forman parte de su red. También puede usar el sitio web para hacer citas con su proveedor.

Su explicación de los beneficios (EOB)

Luego de cada visita a un proveedor o servicio de salud, su plan médico le enviará un EOB. Un EOB NO ES UNA FACTURA. Muestra lo que se facturó, lo que cubrió su plan y lo que **podría** necesitar pagar. Puede recibir una factura separada del proveedor.

Puede usar su EOB para hacer un seguimiento de cómo usted y su familia usan su cobertura. Revisar su EOB es una forma sencilla de mantenerse informado sobre sus costos de salud.

¡Importante! Revise su aviso EOB y compruebe si hay errores. Comuníquese con su plan si tiene dudas o encuentra errores. **Si sospecha de fraude**, llame a la línea de ayuda contra el fraude o al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de seguro.

Para fraude a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede visitar **es.Medicare.gov/basics/reporting-medicare-fraud-and-abuse** para más opciones sobre cómo reportar.

CONSEJO RÁPIDO

Comuníquese con su seguro de salud si tiene preguntas sobre su EOB.

Pague sus facturas

Pague sus facturas y guarde toda la documentación en un lugar seguro. Algunos proveedores no lo atenderán si tiene facturas sin pagar. Tal vez pueda pagar sus facturas en línea o por teléfono, esto depende de su plan médico y cobertura.

Apelaciones

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago de su plan médico, podría presentar una apelación. Si cree que le cobraron por pruebas o servicios que su plan debería cubrir y guarde la factura. Llame a su seguro médico inmediatamente. Los planes de salud cuentan con centros de atención y apoyo para ayudar.

Si su plan denegó una reclamación de factura médica o se equivoca con la cantidad compartida de costos, también puede solicitar una revisión externa independiente. La carta de denegación de su plan explicará cómo solicitar esta revisión, o puede llamar a su plan y solicitar el proceso de revisión externa.





PASO 2:
Conozca dónde acudir para recibir atención

Muchas personas reciben cuidados rutinarios y servicios preventivos de un médico de atención primaria.

Puede encontrar proveedores de atención primaria en oficinas, clínicas y centros de salud de todo el país. Dependiendo de su cobertura y de dónde viva, podría encontrar un médico de atención primaria en:

- Oficinas médicas
- Salas de urgencias
- Clínicas ambulatoria
- Centros de salud federalmente calificados
- Clínicas comunitarias y clínicas gratuitas
- Centros de salud escolares
- Servicio de Salud Indígena, servicios tribales y programas de salud para indígenas urbanos
- Centros médicos y clínicas ambulatorias de Asuntos de Veteranos

Los profesionales de atención primaria trabajan con usted para ayudarle a recibir la atención preventiva adecuada, gestionar cualquier enfermedad crónica y mejorar su salud. Algunos lugares pueden ofrecer servicios y apoyo comunitario, atención de salud mental, servicios dentales y de visión, transporte y traducción de idiomas.

Conozca antes de acudir

No todos los proveedores y centros aceptan todo tipo de planes de salud, así que consulta con la oficina antes de la cita para asegurarse de que aceptan su plan médico. También existen diferencias importantes entre las visitas a su médico de atención primaria y las visitas a urgencias. Estos incluyen costos, tiempo de espera para recibir atención y seguimiento.

Diferencias entre la consulta de su médico de atención primaria y el servicio de urgencias:

Proveedor de cuidado primario	Departamento de emergencias
Pagará su copago de atención primaria, si tiene uno.	Probablemente pagará un copago, un coseguro y tendrá que cubrir su deducible antes de que su plan médico pague sus gastos, especialmente si no es una emergencia.
Va a revisiones rutinarias de bienestar y a enfermedades no urgentes.	Debería ir cuando esté herido o muy enfermo.
Normalmente llama antes para pedir cita.	Acude cuando lo necesita y espera a que puedan atenderlo.
Puede que tenga una breve espera luego de llegar, pero normalmente lo atenderán alrededor de la hora de la cita.	Puede esperar varias horas antes de ser atendido si no es una emergencia.
Normalmente verá al mismo proveedor cada vez. El profesional suele conocerlo y conoce su historial médico.	Verá al proveedor que trabaja ese día. El proveedor puede no conocer su historial médico ni tiene acceso a sus historiales médicos.
Su proveedor trabaja con usted para atender sus problemas de salud, enfermedades crónicas y su salud en general.	El profesional puede no saber qué enfermedades crónicas tiene y puede que solo trate la emergencia, no sus otros problemas de salud.
Si necesita visitar a otros proveedores o gestionar su atención, su médico de cabecera puede ayudarle a hacer un plan, conseguir sus medicamentos y encontrar especialistas.	Cuando termine la visita, recibirá instrucciones para el alta para que haga seguimiento con su médico de cabecera. Puede que no haya ningún apoyo de seguimiento.

¿NECESITA AYUDA CON UNA EMERGENCIA?

Llame al 9-1-1 si tiene una emergencia o situación que ponga en peligro su vida.

¿Y sobre el cuidado de urgencias?

Puede considerar acudir a un centro de urgencias cuando tenga un problema de salud que no puede esperar a una cita con su médico de cabecera, pero que no es una emergencia médica. Llama a su seguro médico antes de ir para saber cuánto tendrá que pagar. Los centros de atención de urgencia pueden ofrecer horarios flexibles y visitas sin cita previa, y pueden gestionar muchas visitas por enfermedad y otros tipos de atención. Sin embargo, la atención urgente suele tener un copago o coaseguro más alto que la consulta de un proveedor, y puede que no vea al mismo proveedor cada vez. Puede compartir los historiales médicos de las visitas a urgencias con su médico de cabecera, para que tengan toda su información de salud.





PASO 3:
Encuentre un proveedor

Elegir al proveedor adecuado es una de las decisiones más importantes que tomará sobre su cuidado de salud.

¿Qué es un proveedor?

Un proveedor es cualquier profesional de salud al que pueda acudir para recibir atención. Puede ser un médico, enfermero especialista, asistente médico, profesional de la salud conductual u otro profesional de salud.

Elija a alguien en quien pueda confiar y con quien pueda trabajar para mejorar su salud. Dependiendo de sus necesidades médicas, puede que necesite acudir a más de un tipo de proveedor o especialista.

Diferencias entre su médico de cabecera y un especialista:

Proveedor de cuidado primario	Médico especialista
Su primera parada para la mayoría de los problemas de salud. Su médico de atención primaria es su principal punto de contacto para su salud y puede referirte a especialistas cuando sea necesario.	Un experto al que acude para servicios o condiciones médicas específicas. Puede que necesite un referido de su médico primario para visitar a este especialista.
Lo ayuda a conseguir las revisiones recomendadas, conserva sus historiales médicos y ayuda a gestionar enfermedades crónicas.	Se centra en un área específica de la salud, como cardiología (corazón) u oncología (cáncer).
Ejemplos incluyen médico de cabecera, internista, médico de cabecera, enfermera especializada, asistente médico o pediatra infantil.	Los especialistas incluyen cardiólogos, oncólogos, psicólogos, alergistas, podólogos y ortopedistas.
Puede elegir uno directamente, o su plan médico puede asignarle uno.	Normalmente es referido por su médico de cabecera.

Puede que necesite un referido de su médico de cabecera antes de acudir a un especialista. Si no tiene un referido, su plan médico puede que no cubra su visita.

Su plan médico puede requerir que obtenga una preautorización antes de poder recibir un artículo o servicio. Esto significa que su plan médico decide si cubrirá el artículo o el servicio. Esto también se puede denominar autorización previa, aprobación previa o precertificación. Puede que lo necesite para un plan de tratamiento, medicamento con receta, servicio médico o equipo antes de que su plan médico pague el artículo o servicio.

CONSEJO DE COSTO

Pregunte a su plan de salud si necesita preautorización ANTES de acudir a un profesional. Sin preautorización, puede que tenga que pagar por cuidados que su plan de salud cubriría de otro modo.

Cómo elegir un proveedor

Siga estos pasos para encontrar un profesional con el que pueda trabajar para mantenerse sano.

1. Identifique a los proveedores de su red

- Llame a su plan médico o visite su sitio web para encontrar proveedores en su red.
- Si actualmente tiene un proveedor que le gusta y lo quiere conservar, llame a su oficina para asegurarse de que aceptan su plan médico y llame al plan para verificar que el proveedor está en la red de su plan. Tenga en cuenta que normalmente pagará más por visitar a un proveedor que no esté en la red.

2. Pregunte a personas en las que confíe

- Si no conoce a los proveedores que aparecen en el sitio web del plan, pida recomendaciones a sus amigos y familiares.
- También puede encontrar proveedores en línea y leer opiniones de otras personas que usaron sus servicios.

3. Elija un proveedor

Puede considerar preguntas como estas para ayudarle a decidir si un proveedor es adecuado:

- ¿Aceptan nuevos pacientes y aceptan su cobertura médica?
- ¿La oficina está cerca de su casa o de su empleo? ¿Cómo viajaría allí?
- ¿Ofrecen citas que se ajusten a su horario?
- ¿Hablan su idioma o tienen un traductor disponible?
- ¿La persona de la oficina del proveedor fue respetuosa y servicial cuando llamó?

4. Asegúrese de que sea adecuado

Una vez que reduzca sus opciones y haya encontrado un profesional, el siguiente paso es pedir cita y comprobar si es adecuado para usted. A veces se necesita más de una visita para determinar si un proveedor es adecuado para usted. Comuníquese con su plan médico para saber cómo hacer un cambio si es necesario.

CONSEJO RÁPIDO

La telemedicina le permite visitar a su proveedor por teléfono, computadora u otros dispositivos conectados a Internet. Pregunte a su proveedor si ofrecen telemedicina y si su plan lo cubre. Asegúrese de tener el equipo adecuado en casa para la cita.



PASO 4:
Pida cita y planifique su visita

Ahora que encontró un profesional, es hora de hacer su cita y prepararse para su visita.

Cuando pida cita, le pueden preguntar:

- Su nombre y si es un paciente nuevo.
- La razón de su visita. Comparta el motivo de su visita de una manera que explique su situación. Puede decirle que busca un nuevo médico de atención primaria para un “examen anual” o una “visita de bienestar,” o mencionar una preocupación específica, como gripe, alergias o depresión.
- El nombre de su plan médico y el número de su miembro y/o grupo. Necesitará su tarjeta de seguro para encontrar esta información.
- El nombre del proveedor al que le gustaría visitar. Puede que tarde más en conseguir una cita con un proveedor específico. Si está enfermo o necesita atención antes, la oficina puede recomendarle otro proveedor de su red.
- Si tiene una necesidad específica como un traductor o equipo médico accesible.
- ¿Qué días y horarios le funcionan? Algunas oficinas pueden tener citas los fines de semana o por la tarde.

Puede preguntar:

- Si pueden enviarle cualquier formulario que necesite rellenar antes de que llegue a su visita.
- Cómo puede pagar los gastos de su bolsillo por su visita, si tiene alguno. ¿Aceptan efectivo, cheques o tarjetas de crédito?

CONSEJO DE COSTO

Si necesita cambiar o cancelar su cita, comuníquese con la oficina de su proveedor lo antes posible.

Muchos proveedores cobran una multa si llega tarde, no se presenta a su cita o cancela menos de 24 horas antes de que empiece. La mayoría de los planes de salud no pagan estas multas.

Prepárese para su visita

¡Llegue temprano a su cita!

Cuando llegue a la oficina de su proveedor, regístrese con el personal de recepción. Es posible que le pidan que proporcione:

- Su tarjeta de seguro
- Una identificación con foto (como licencia de conducir, identificación gubernamental o escolar, pasaporte)
- Formularios completados
- Su copago, si tiene uno. Pida un recibo de sus registros.

Puede que tenga que rellenar más formularios y leer su política de privacidad, que es obligatoria por ley. Esta explica cómo el proveedor protegerá su información y la mantendrá privada.

Durante la cita, es útil compartir:

- Sus registros médicos e historial médico (incluyendo cosas como alergias conocidas) y su historial familiar de salud. No pasa nada si no conoce todo el historial médico de su familia.
- Las medicinas que toma. Apunte los nombres y las dosis, o lleva los medicamentos con usted, para que su médico sepa la dosis que toma. Si necesita una dosis de su medicamento, pídala.
- Cualquier pregunta o preocupación que tenga sobre su salud. Escribirlas antes puede ayudarle a recordar lo que quiere preguntar.



Puede que quiera llevar a un amigo o familiar con usted a la cita.

Su proveedor está ahí para ayudarle. Pueden ofrecerle una mejor atención si es honesto y le pregunta todas sus dudas o preocupaciones. Si le dicen algo que no entiende, pídale que se lo expliquen.

Debería poder responder a estas preguntas antes de salir de la consulta de su médico:

- ¿Cómo está mi salud? ¿Qué puedo hacer para mantenerme sana?
- ¿Qué hago después? ¿Necesito análisis de sangre u otra prueba? Si es así, ¿para qué es? ¿Cuándo y cómo recibiré los resultados?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento si tengo una enfermedad o condición crónica? ¿Cuáles son los beneficios y preocupaciones de cada opción? ¿Qué pasará si no me cuido?
- ¿Cuándo tomo el medicamento, si necesito? ¿Cuánto debo tomar? ¿Existen efectos secundarios? ¿Hay un medicamento genérico disponible? ¿Hay algún programa disponible que pueda ayudar a pagar mi medicina?

Si tiene que tomar un medicamento y le preocupa el costo, dígaselo a su médico. Puede que tenga opciones más baratas o conozcan programas que lo ayuden a cubrir el costo.

Si quiere probar con un nuevo profesional—o le asignaron uno y quiere cambiar—consulte primero con su plan médico o con la oficina del proveedor para asegurarse de que no le cobrarán o para saber cuándo puede pedir otra cita. Asegúrese de elegir un proveedor dentro de la red de su plan (use el Paso 3) para no pagar más.

Conozca sus derechos

Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder al mismo cuidado de salud que cualquier otra persona.

Los proveedores deben ofrecer:

- Acceso a la atención. No pueden negarle atención porque el edificio, salas de examen o el equipo no es accesible.
- Información de una forma que pueda entender, incluyendo intérpretes calificados de lengua de signos, dispositivos de asistencia auditiva o materiales en braille o letra grande.
- Acceso igualitario a la tecnología de telemedicina y telecomunicaciones.

Enlaces y recursos útiles

Una guía rápida del Mercado de Seguros Médicos

CuidadoDeSalud.gov/quick-guide/one-page-guide-to-the-marketplace

Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Insurekidsnow.gov

Comenzar con Medicare

Medicare.gov/basics/get-started-with-medicare

Cobertura de Medicaid y CHIP

CuidadoDeSalud.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip

MyHealthfinder (en inglés)
Información de confianza para ayudar a su familia a mantener sana

ODPHP.health.gov/myhealthfinder

Servicios de salud preventiva

CuidadoDeSalud.gov/coverage/preventive-care-benefits/

Resumen de beneficios y cobertura

CuidadoDeSalud.gov/health-care-law-protections/summary-of-benefits-and-coverage/

Para obtener una copia gratis de este folleto, visite CMS.gov/training-education/medicare/general-resources (en inglés) para descargar una copia. Los socios pueden visitar productordering.cms.hhs.gov para solicitar una copia.

La información contenida en este documento estaba actualizada en el momento de su impresión. Es posible que se produzcan cambios con posterioridad a la impresión "Guía para obtener cuidado de salud" no es un documento legal. La orientación legal oficial está contenida en los estatutos, regulaciones y resoluciones pertinentes.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

Producto CMS No. 11813-S • Septiembre 2026