

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA MEDICARE

Proveedor de Medicare _____

Dirección _____

Número de Proveedor de Medicare _____

Describa el problema

-

-

-

-

Cuál es la última información que ha recibido de la agencia: _____

Fecha en que la recibió: _____

Yo solicito al Senador de los Estados Unidos Evan Bayh que: _____

En cumplimiento del Acta de Privacia de 1974, este consentimiento debe ser firmado por el constituyente en caso, o por su representante legal, y ser enviada al Senador de los Estados Unidos Evan Bayh, 1650 Market Tower, 10 West Market Street, Indianapolis, IN 46204, teléfono (317) 554-0750.

Por la presente autorizo al Senador de los Estados Unidos Evan Bayh, o al personal asignado por él, el comunicarse con Medicare a mi nombre para obtener la información necesaria para facilitar mi solicitud.

Firma _____ Fecha _____

