**SEAGO Agency on Aging**
**300 Collins Rd, Bisbee, AZ 85603 520-432-2528 ext. 222 Fax 520-432-9168**
**email:shiphelp@seago.org**

## FAVOR DE LLENAR COMPLETO:

Nombre: _____
Dirección: _____Código postal: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
# de Medicare: _____ Fecha Efectiva Parte A _____ Fecha Efectiva Parte B: _____
Tarjeta de AHCCCS? Sí ____ No_____
Ingresos mensuales menos de $1528 (individuo)/ $2058 (pareja)? _____

***Autorizo la creación de mi cuenta "My Medicare" para facilitar la revisión de mi cobertura, comparación de opciones, resolución de discrepancias e inscripción en planes de seguro.***
***Firma: _____ Fecha: _____***

## INFORMACION SOBRE SUS MEDICAMENTOS RECETADOS

| Nombre de Medicamento | Dosis | Cantidad Diaria | Notas |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |