

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

1. Cuando complete esta solicitud, escriba de forma legible y firme donde se indica.
2. No se recibirán y se devolverán las solicitudes ilegibles, incompletas o sin firmar.
3. Procesar esta solicitud puede llevar hasta **21** días calendario. El período de 21 días comienza después de que se recibe la solicitud completa.
4. Se notificará a todos los solicitantes el resultado de la solicitud por carta o por correo electrónico.
5. Las solicitudes permanecerán activas durante 730 días calendario (dos años).
6. Completar esta solicitud no le certifica automáticamente los servicios de ADA ni de TD al solicitante.

Lake County Connection solo utilizará la información de esta solicitud para la prestación de los servicios de transporte. No se compartirá la información con ninguna otra persona ni agencia que no pertenezca al sistema de Lake County Transit.

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE LAKE COUNTY CONNECTION

Lake County Connection es un servicio de paratransito de viaje compartido (puerta en puerta) que ofrece la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y el transporte ordenado por la Comisión de Florida para Personas con Necesidades de Transporte (TD). Los solicitantes pueden ser elegibles para más de un programa.

Puede usar Lake County Connection para viajes de citas médicas, de alimentación (incluye compras de alimentos), laborales, educativos y de apoyo vital. La información requerida en esta solicitud tiene como propósito ayudarnos a determinar el programa de financiamiento para el que usted puede calificar.

Completar esta solicitud no le certifica automáticamente los servicios de ADA o de TD. Para ayudar a determinar el nivel de elegibilidad, se les puede requerir a los solicitantes que asistan a una entrevista en persona. Toda la información proporcionada se puede verificar y confirmar. No dude en adjuntar cualquier documento de respaldo solicitado.

Todos los solicitantes, ya sean nuevos, que recertifican, de centro de atención residencial o de diálisis, deben completar la solicitud.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

REQUISITOS Y NORMAS DE ADA

- ❖ Las ubicaciones de origen y de destino deben estar dentro de la ruta de ADA. La ruta de ADA es una ruta de servicio que se extiende tres cuartos (3/4) de una milla de cada lado del servicio de autobús de ruta fija de LakeXpress (LX).
- ❖ El solicitante debe tener una discapacidad reconocida verificada por un profesional médico aceptable que le impida usar el servicio de autobús de LX de manera independiente en todo momento, temporalmente o en algunas circunstancias.
- ❖ El hecho de tener una discapacidad no garantiza la elegibilidad. La elegibilidad se basa en la habilidad funcional del individuo de usar el servicio de autobús de LX y no es una decisión médica o psiquiátrica.
- ❖ El proceso de certificación de ADA puede incluir una entrevista telefónica o una evaluación funcional personal para determinar si las necesidades de tránsito del solicitante se pueden satisfacer y de qué manera.
- ❖ Los viajes de ADA se encuentran disponibles en los mismos horarios, días y ubicaciones que el servicio de autobús de LX.
- ❖ Al formulario de Verificación médica lo tiene que completar un profesional médico del servicio de ADA.
- ❖ La tarifa es de \$2.00 por viaje.

REQUISITOS Y NORMAS DE PERSONAS CON NECESIDADES DE TRANSPORTE (TD)

- ❖ Las ubicaciones de origen y de destino pueden ser en cualquier lugar del condado de Lake.
- ❖ El hecho de tener una discapacidad no garantiza la elegibilidad. La elegibilidad se basa en la habilidad funcional del individuo de usar el servicio de autobús de LX y no es una decisión médica.
- ❖ Para determinar si los solicitantes cumplen los criterios de elegibilidad para los programas de TD, primero el solicitante no debe tener otro medio de transporte disponible y debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:
 - el solicitante es mayor de 60 años;
 - el solicitante tiene una discapacidad reconocida verificada por un profesional médico aceptable;
 - los ingresos brutos familiares anuales del solicitante no superan el **200 %** de las normas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>);
 - el solicitante no vive dentro de 3/4 de una milla del servicio de autobús de ruta fija LX.
- ❖ Completar esta solicitud no le certifica automáticamente el servicio de TD al solicitante.
- ❖ Debido a la disponibilidad de los fondos del programa, se pueden rechazar los viajes según su propósito. Las prioridades del viaje se clasifican en orden descendente como se muestra a continuación: viajes por motivos médicos esenciales, otros viajes por motivos médicos, laborales, de alimentación, educativos y de soporte vital.
- ❖ Se requiere constancia de ingresos familiares: Ingreso de Seguro Social (Social Security Income, SSI), Seguro Social por Discapacidad (Social Security Disability Insurance, SSDI), estados de cuenta bancarios o de pensión, etc.).
- ❖ Los viajes de TD están disponibles de lunes a viernes. Los sábados solo se brinda el servicio para diálisis. Los domingos no se brindan servicios de transporte.
- ❖ Los viajes de TD fuera del condado se brindan a Gainesville únicamente los lunes, miércoles y viernes. Los viajes a Orlando se brindan únicamente los martes y jueves.
- ❖ La tarifa de los viajes dentro del condado de Lake es de \$2.00 por viaje. La tarifa de los viajes a Gainesville es de \$10.00 por viaje. La tarifa de los viajes a Orlando es de \$5.00 por viaje.

Para el transporte de ADA y de TD, complete la parte I

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ N.º de apartamento: _____ N.º de edificio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la subdivisión, del complejo, del centro, de la intersección más cercana o de la ruta de autobús:

Si es una comunidad cerrada, proporcione el código de la puerta: _____

Dirección postal (si es diferente de la que se indicó anteriormente): _____

Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Número del Seguro Social (Social Security Number, SSN): _____

¿Recibe Medicaid? Sí No N.º de Medicaid: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: (opcional): _____

Contacto principal para emergencias: _____ Relación: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Contacto secundario para emergencias: _____ Relación: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

¿Necesita materiales o correspondencia en algún formato alternativo? Si es así, especifique:

Letra de molde grande Audio en CD o memoria USB

Si el solicitante recibió ayuda para completar esta solicitud, indique lo siguiente:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Autoriza a esta persona o a alguien más a que lo ayude con la organización de viajes futuros?
(indique los nombres y números de teléfono): _____

¿El centro donde vive tiene un vehículo para transportar residentes? Sí No

¿Alguna vez utilizó el transporte de este centro? Sí No

Indique cualquier deficiencia, discapacidad u otras afecciones que pueda tener y que le impidan usar los servicios de autobús de ruta fija de LX: _____

¿Hace cuánto tiempo tiene esta afección? _____ ¿Su afección es permanente? _____

Indique a continuación si utiliza alguno de los equipos o dispositivos de movilidad:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Moto eléctrica | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Soporte para piernas | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Andador con asistencia | <input type="checkbox"/> Atención o acompañante para necesidades de cuidado personal | |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio (describa): _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Para los servicios de paratransito, complete la parte II

Habilidad funcional de ADA

Indique si puede realizar las siguientes acciones sin la ayuda de otra persona:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Subir a un autobús | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leer o entender indicaciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Manejar monedas y traslados en autobús | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Caminar por la acera | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Trasladarse hasta la parada de autobús más cercana | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Esperar en la parada a que llegue el autobús | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Identificar el autobús que desea abordar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Caminar ¼ de milla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Subir un escalón de 12 pulgadas de alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cruzar la calle | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Mantener el equilibrio al estar sentado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sujetarse de manivelas y verjas | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dar su dirección y su número de teléfono | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reconocer/identificar puntos de referencia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Esperar afuera de un lugar durante más de 15 minutos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Viajar en multitudes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Puede viajar solo? Sí No

Si utiliza un dispositivo de movilidad, ¿la puerta o la entrada de su casa son de fácil acceso*? Sí No

**Nota: El conductor de Lake County Connection (LCC) no puede ayudar con dispositivos de movilidad al ingresar a una residencia ni al salir de esta, subir y bajar escaleras, andar sobre el césped o en la arena.*

¿Ha usado o está actualmente usando el servicio de autobús LakeXpress*? Sí No

**Tenga en cuenta que todos los autobuses son de fácil acceso total, con ascensores de sillas de ruedas y muchos se pueden bajar para que el acceso sea más simple.*

¿Qué distancia puede caminar? _____ ¿Qué distancia puede caminar con un dispositivo de movilidad? _____

¿Necesita el ascensor de silla de ruedas para subirse al autobús? Sí No

¿Tiene alguna extremidad enyesada, con un soporte, fusionada o que no se pueda doblar? Sí No

¿Qué otros medios de transporte tiene disponibles para usar? _____

Si no usa el servicio LakeXpress, lea las afirmaciones a continuación y marque las que se aplican a usted. Puede elegir más de una.

- Tengo una discapacidad temporal que me impide llegar a la parada del autobús o usar el servicio de autobús. Necesitaré el servicio de ADA solo hasta que me recupere.
- No puedo llegar a la parada del autobús.
- Tengo una discapacidad cognitiva que me impide recordar y entender todo lo que tengo que hacer para encontrar el camino hacia y desde la parada del autobús y para andar en autobús.
- Tengo una discapacidad visual que me impide encontrar el camino hacia y desde la parada del autobús.
- Tengo una afección médica grave. Mi afección causa un impedimento que me imposibilita usar el servicio de autobús regular.
- Tengo una discapacidad por episodios. Puedo usar el autobús los días que me siento bien, pero los días que me siento mal no puedo llegar a la parada del autobús ni incluso subirme al autobús.

NOTA: La División Tránsito del condado de Lake (Lake County Transit Division) ofrece una capacitación sobre viajes en autobús de ruta fija de LX para enseñarles a las personas cómo usar el servicio de autobús LX. La participación en el Programa de Capacitación sobre Viajes no afectará su elegibilidad para recibir el servicio de paratransito de ADA.

Marque esta casilla si le interesa recibir información adicional sobre la capacitación sobre viajes.

El servicio de paratransito de ADA requiere que un profesional médico matriculado complete el formulario de Verificación médica. Las dos (2) últimas páginas de esta solicitud son el formulario de Verificación médica.

Certificación y reconocimiento

Entiendo y afirmo que la información que proporcioné en esta solicitud para el servicio de transporte de ADA es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender, y que será tratada de manera confidencial y compartida solo con los profesionales médicos y de transporte que evalúen y determinen mis necesidades y elegibilidad para recibir servicios de transporte para ir a las citas elegibles y para volver de estas.

Entiendo que proporcionar información falsa o errónea, hacer declaraciones fraudulentas y hacer reclamos falsos en nombre de terceros podría constituir un delito grave conforme a las leyes del estado de Florida y podría causar la revocación de mi condición de elegibilidad.

Acepto notificar a Lake County Connection si se produce algún cambio en alguna circunstancia o si ya no necesito usar los servicios de ADA. Entiendo que, si me aprueban para el Programa de ADA me deben volver a certificar dos años a partir de la fecha de aprobación de los servicios.

El Consejo de Comisionados del Condado de Lake (Lake County Board of County Commissioners) y nuestro operador, Lake County Transit Management, Inc., necesitan su Número del Seguro Social, en caso de ser necesario, para los siguientes propósitos:

- *Identificación y verificación*
- *Facturación y pagos*
- *Procesamiento de beneficios*

El número de Seguro Social se puede usar como un identificador numérico único y para propósitos de búsqueda.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que firma por el solicitante: _____ Fecha: _____

Relación con el solicitante: _____

Para el transporte de TD, complete la parte III

Marque todas las opciones que correspondan a su caso.

¿El servicio de autobús de ruta fija de LX es de fácil acceso desde su casa? Sí No

¿Hay alguna circunstancia que le impida usar el servicio de autobús de LX? Sí No

Si la respuesta es «Sí», describa: _____

¿Tiene citas médicas programadas semanalmente? Sí No

¿Cuántas citas médicas suele tener por mes? _____

¿Cómo se transporta actualmente a su destino?

Autobús Taxi Usted conduce Otro (explique) _____

¿Qué le impide conducir su automóvil? _____

¿Tiene familiares o amigos que lo puedan llevar? Sí No

¿Cómo se llaman y qué edad tienen, incluido usted, las personas que viven en su hogar?

¿Alguien que vive en su hogar tiene automóvil? Sí No

Si la respuesta es «Sí», explique cuántos y por qué no están disponibles para su uso: _____

Indique el motivo por el que necesita la elegibilidad para recibir los servicios para personas con necesidades de transporte (marque todas las opciones que correspondan):

No dependo de los servicios de ruta de autobús de LakeXpress.

Soy mayor de 60 años.

El nivel de mis ingresos está por debajo de las normas federales de pobreza (se requiere constancia de ingresos).

Tengo una discapacidad que me impide usar la ruta de autobús que ofrece LakeXpress.

Otro (especifique): _____

DESTINOS COMUNES

- a. Nombre del médico/Centro médico: _____
Número de teléfono: _____
Dirección: _____
- b. Nombre del médico/Centro médico: _____
Número de teléfono: _____
Dirección: _____
- c. Nombre del médico/Centro médico: _____
Número de teléfono: _____
Dirección: _____
- d. Otro destino no médico: _____
Número de teléfono: _____
Dirección: _____
- e. Otro destino no médico: _____
Número de teléfono: _____
Dirección: _____

Verificación de ingresos

¿Cuáles son los **ingresos familiares mensuales combinados de todos** los que viven en el hogar?

\$ _____

¿Recibe actualmente ayuda pública como cupones para alimentos? Sí No

Si la respuesta es «Sí», ¿cuánto recibe por mes? \$ _____

Ingresos mensuales: Incluye todos los salarios, pagos por discapacidad, pagos del Seguro Social, pensiones, dividendos, inversiones, etc. ¿Cuáles son los ingresos brutos familiares anuales totales? Para procesar su solicitud, debe presentar una **constancia de ingresos** junto con su solicitud.

Sueldo: \$ _____ SSI: \$ _____ SSDI: \$ _____ Pensión: \$ _____

Intereses/dividendos: \$ _____ Compensación de trabajadores: \$ _____ Familiares: \$ _____

Otro: \$ _____

Formularios de constancia de ingresos aceptables. Proporcione constancia de todos los que recibe:

- primera (1.ª) página de su Declaración de impuestos;
- carta de beneficios del Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families);
- talones de cheque de pago actuales (mínimo de dos [2]);
- verificación de Ingresos del Seguro Social;
- declaración de jubilación o pensión;
- estado de cuenta bancario (dos meses consecutivos);
- verificación de ingresos de compensación por desempleo.

Gastos mensuales: Si es inquilino u ocupante de una habitación debe proporcionar una declaración legalizada por parte del arrendador en la que se indique el monto que usted paga por el hospedaje, los servicios públicos y la comida.

Vivienda: \$ _____ Servicios públicos: \$ _____ Vehículo: \$ _____ Alimentos: \$ _____

Cable: \$ _____ Teléfono: \$ _____ Celular: \$ _____ Servicio médico: \$ _____

Farmacia: \$ _____ Combustible: \$ _____ Seguro del hogar: \$ _____

Seguro del automóvil: \$ _____ Otro: _____ Costo: \$ _____

Gastos familiares mensuales totales: \$ _____

¿Viajaría en LakeXpress si tuviera un pase de autobús gratuito? Sí No

Habilidad funcional de TD

Indique si puede realizar las siguientes acciones sin la ayuda de otra persona:

Subir a un autobús	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Leer o entender indicaciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Manejar monedas y traslados en autobús	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Caminar por la acera	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Trasladarse hasta la parada de autobús más cercana	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Esperar en la parada a que llegue el autobús	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Identificar el autobús que desea abordar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Caminar ¼ de milla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Subir un escalón de 12 pulgadas de alto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cruzar la calle	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mantener el equilibrio al estar sentado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Sujetarse de manivelas y verjas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dar su dirección y su número de teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Reconocer/identificar puntos de referencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Esperar afuera de un lugar durante más de 15 minutos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Viajar en multitudes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Marque las condiciones que le impiden acceder a un autobús regular de ruta fija de LakeXpress.

- Ninguna
- La parada del autobús está muy lejos o el autobús no llega a donde necesito ir.
- Mi discapacidad me impide usar el sistema de autobús regular de ruta fija.
- Necesito transporte para ir a las citas médicas y para volver de estas fuera del condado de Lake.

Certificación y reconocimiento

Entiendo y afirmo que la información que proporcioné en esta solicitud para el servicio para personas con necesidades de transporte es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender, y que será tratada de manera confidencial y compartida solo con los profesionales médicos y de transporte que evalúen y determinen mis necesidades y elegibilidad para el transporte hacia y desde los servicios, así como también las citas elegibles.

Entiendo que proporcionar información falsa o errónea, hacer declaraciones fraudulentas y hacer reclamos falsos en nombre de terceros podría constituir un delito grave conforme a las leyes del estado de Florida y podría causar la revocación de mi condición de elegibilidad.

Acepto notificar a Lake County Connection si se produce algún cambio en alguna circunstancia o si ya no necesito los servicios de TD. Entiendo que, si me aprueban para el Programa de TD me deben volver a certificar dos años a partir de la fecha de aprobación de los servicios.

El Consejo de Comisionados del Condado de Lake (Lake County Board of County Commissioners) y nuestro operador, Lake County Transit Management, Inc., necesitan su Número del Seguro Social, en caso de ser necesario, para los siguientes propósitos:

- *Identificación y verificación*
- *Facturación y pagos*
- *Procesamiento de beneficios*

El número de Seguro Social se puede usar como un identificador numérico único y para propósitos de búsqueda.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que firma por el solicitante: _____ Fecha: _____

Relación con el solicitante: _____

(Se dejó vacío intencionalmente)

Formulario de Verificación médica

Si está solicitando los servicios de paratransito de puerta a puerta de ADA debido a una discapacidad física médica verificada, una afección cognitiva o un impedimento, un profesional médico titulado debe firmar este formulario de Verificación médica. Los profesionales médicos aceptados son los siguientes:

<ul style="list-style-type: none"> • Médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera titulada
<ul style="list-style-type: none"> • Médico osteópata 	<ul style="list-style-type: none"> • Oftalmólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapeuta
<ul style="list-style-type: none"> • Médico quiropráctico 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogo 	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de enfermería
<ul style="list-style-type: none"> • Terapeuta ocupacional (Con licencia o titulado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera titulada de práctica avanzada (Advanced Registered Nurse Practitioner, ARNP) 	

Asegúrese de escribir su nombre, fecha de nacimiento y los últimos 4 dígitos de su Número del Seguro Social en el formulario para su profesional médico.

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del Número del Seguro Social: _____

Autorización del solicitante:

Entiendo que el propósito de este formulario de evaluación es determinar mi elegibilidad para recibir el servicio de paratransito de ADA. Entiendo que la información sobre mi discapacidad que se incluye en esta solicitud será tratada de manera confidencial y compartida solo con los profesionales médicos que evalúen mi elegibilidad. Por la presente autorizo a mi representante médico a divulgar toda la información con respecto a mi afección médica a Lake County Connection que opera como Lake County Transit Management. Entiendo que proporcionar información falsa o errónea podría causar la revocación de mi condición de elegibilidad. Acepto notificar a Lake County Connection dentro de 10 días si se produce algún cambio en alguna circunstancia o si ya no necesito los servicios de ADA.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si el solicitante no puede firmar este formulario, otra persona debe firmar en su nombre.

Persona que firma por el solicitante: _____

Relación con el solicitante: _____ Fecha: _____

Un profesional médico debe completar esta sección

Estimado profesional médico:

Para procesar el pedido del solicitante de elegibilidad para recibir los servicios de transporte de paratransito de puerta a puerta de Lake County Connection, necesitamos que complete este formulario. Solo un profesional médico titulado con conocimiento de la habilidad funcional del solicitante para usar el servicio de autobús de ruta fija de LakeXpress debe completar este formulario.

Todos los vehículos de ruta fija de LakeXpress están equipados con ascensores para silla de ruedas y los autobuses tienen enunciadores automatizados que anuncian todas las calles principales y las intersecciones.

Complete la sección a continuación. La información que proporcionó debe basarse únicamente en el solicitante que tiene una limitación real física o cognitiva que le impide usar nuestro servicio de autobús de ruta fija de LakeXpress. El diagnóstico de una enfermedad o de una afección potencialmente restrictiva no es determinación suficiente para los servicios de paratransito.

¿Cuál es la discapacidad del solicitante? _____

¿De qué manera la afección le impide funcionalmente al solicitante usar el servicio de autobús regular?

¿Esta afección es permanente o temporal? Permanente Temporal

Si es temporal, ¿cuánto dura? _____

Información del profesional médico:

Firma del profesional médico: _____ Fecha: _____

Número de matrícula médica: _____ Estado que la emitió: _____

Nombre en letra de molde: _____ Cargo: _____

Dirección: _____ N.º de suite: _____ N.º de edificio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Extensión: _____

Número de fax: _____ Correo electrónico: _____

Persona de contacto: _____