

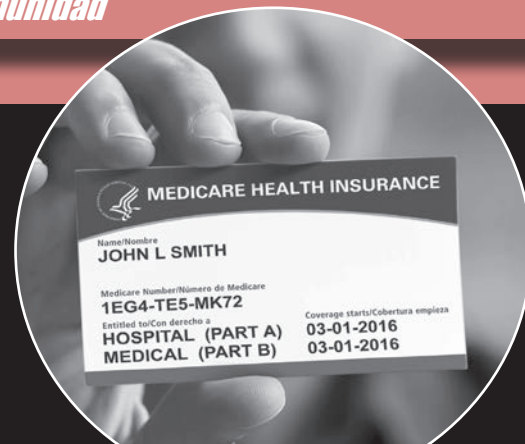
# Personal Health Care Journal

*Diario Personal de Asistencia Médica*

**U.S. Administration for Community Living**  
*Administración de EE.UU. para la Vida en la Comunidad*



Jewish Family Services of Middlesex County  
**Senior Medicare Patrol of New Jersey**  
32 Ford Avenue • Milltown, NJ 08850 732-777-1940  
Toll Free Fraud Hotline: 877-SMP-4359  
Website: [www.seniormedicarepatrolnj.org](http://www.seniormedicarepatrolnj.org)



Take an active role in your own health care!  
*¡Adopte un papel activo en su propia asistencia médica!*

### ○Protect Your Personal Information

- Treat your Medicare, Medicaid and Social Security numbers like a credit card number.
- Remember, Medicare will not call you or visit you to sell you anything!
- Save Medicare Summary Notices (MSN) and Part D Explanations of Benefits (EOB), but shred them when they are no longer useful.

### ○Detect Errors, Fraud and Abuse

- Always review your Medicare Summary Notice and Part D Explanation of Benefits for mistakes.
- Compare them to prescription drug receipts and your record in this journal.
- Visit [www.mymedicare.gov](http://www.mymedicare.gov) to access your Medicare account online. Make sure to look for: Charges for something you didn't get, billing for the same thing twice and services that were not ordered by your doctor.

### ○Report Mistakes or Questions

- If you suspect errors, fraud or abuse, report it immediately! Call your provider or plan first. If you are not satisfied with their response, call your local SMP.

## ○ **Proteja** su información personal

- Cuide sus números de Medicare, Medicaid y de Seguro Social como si fuesen sus números de tarjetas de crédito.
- Recuerde, ¡Medicare no le llamará ni lo visitará para venderle nada!
- Guarde los Resúmenes de los Estados de Cuenta de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) y las Explicaciones de los Beneficios de la Parte D (EOB, por sus siglas en inglés), pero destrúyalas cuando ya no le sean útiles.

## ○ **Detecte** los errores, fraudes y abusos

- Examine siempre sus Resúmenes de los Estados de Cuenta de Medicare y las Explicaciones de los Beneficios de la Parte D para descubrir errores.
- Compárelos con los medicamentos bajo receta y sus registros en este diario.
- Visite el sitio [www.mymedicare.gov](http://www.mymedicare.gov) para acceder a su cuenta de Medicare por Internet. Asegúrese de buscar: Cargos por algo que usted no haya recibido, facturación doble por una misma cosa y servicios que no fueron ordenados por su médico.

## ○ **Informe** los errores o dudas

- Si sospecha errores, fraudes o abusos, ¡infórmelos inmediatamente! Llame en primer lugar a su proveedor. Si no queda satisfecho con la respuesta obtenida, llame a la Patrulla de Medicare para Personas Mayores (SMP, por sus siglas en inglés).

## Directions for using your personal journal...

- Take this journal to all your appointments.
- Ask yourself these questions before your health care appointment:
  - Is this appointment going to be covered by Medicare or my other insurance?
  - What are my symptoms? When did they start? What makes them better or worse?
  - What over-the-counter or prescription medications am I taking?
- Write down the answer to these questions, as well as what happens during your visit, in this journal.
  - Make sure that you understand what your physician is telling you before leaving your appointment. If you don't, ask them to try to explain what they are telling you in a different way.
- Take this journal with you when you travel, in case of emergency.
- Use this journal when checking your Medicare and health care paperwork for accuracy.

## Instrucciones para utilizar su diario personal...

- Lleve este diario a todas sus citas médicas.
- Hágase estas preguntas antes de su cita médica.
  - ¿Estará cubierta esta cita por Medicare o mis otros seguros?
  - ¿Cuáles son mis síntomas? ¿Cuándo comenzaron? ¿Qué cosas los mejoran o empeoran?
  - ¿Qué medicamentos sin receta médica o con receta médica estoy tomando?
- Escriba en este diario las respuestas a estas preguntas, así como lo que ocurra durante su visita.
  - Asegúrese que comprende suficientemente lo que le está diciendo su médico antes de salir del consultorio. Si no lo entiende, pídale que le expliquen de una manera más clara lo que le están diciendo.
- Lleve este diario consigo cuando viaje para casos de emergencia.
- Use este diario cuando esté verificando la exactitud de sus documentos de Medicare y de asistencia médica.

## Important Contacts/*Contactos importantes*

Senior Medicare Patrol of New Jersey	Toll Free Hotline 1-877-SMP-4359 or 732-777-1940
State Health Insurance Assistance Program (SHIP) <i>Programas estatales de Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés)</i>	1-800-792-8820 www.aging.nj.gov
Quality of Care Concerns? Contact Livanta LLC, your state Quality Improvement Organization <i>¿Preocupaciones sobre la calidad de la asistencia médica? Contacte a su Organización para el Mejoramiento de la Calidad, (QIO, por sus siglas en inglés)</i>	1-866-815-5440
Social Security Administration <i>Administración del Seguro Social</i>	1-800-772-1213 1-800-325-0778 TTY <i>(teléfono de texto para los sordos. TTY, pos sus siglas en inglés)</i>
Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) <i>Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)</i>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-800-486-2048 TTY
Fraud Tips Hotline HHS Office of Inspector General <i>Línea Directa de Informes Oportunos, Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, pos sus siglas en inglés)</i>	1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477)
Federal Trade Commission ID Theft Hotline <i>Comisión Federal de Comercio: Línea Directa de robo de identidad</i>	1-877-438-4338
Eldercare Locator <i>Localizador de asistencia a las personas mayores</i>	www.eldercare.gov
Long Term Care Ombudsman <i>Defensor del pueblo para la asistencia médica a largo plazo</i>	1-877-582-6995 www.ltcombudsman.org
New Jersey Division of Consumer Affairs	1-973-504-6200 Toll Free (NJ Only) 1-800-242-5846

**Personal Information/Información personal**

Name/Nombre:

Doctor's Name/Nombre del médico:

Clinic Name/Nombre de la clínica:

Phone Number/Teléfono: (            )

Clinic Address/Dirección de la clínica:

City/Ciudad, State/Estado, and/Zip/Código postal:

Pharmacist Name/Nombre del farmacéutico:

Phone Number/Teléfono: (            )

Emergency Contact/Contacto en casos de emergencia:

Phone Number/Teléfono: (            )

If lost, please return to doctor's office.

*Si encuentra este diario, por favor devuélvalo a la oficina del médico. Gracias!*





## Family History & Health Problems/Conditions

*Historia de familia y problemas/afecciones de salud*

Condition <i>Afección</i>	When Patient was Diagnosed <i>Cuándo se le diagnosticó al paciente</i>	Parent or Sibling with Condition? <i>¿Su padre, madre o hermanos sufren de la misma condición?</i>
Asthma/Asma:		
Cancer, Type/Cáncer, tipo:		
Diabetes, Type/Diabetes, tipo: 1 2		
Heart Disease/ <i>Cardiopatía (enfermedad del corazón):</i>		
High Blood Pressure/ <i>Presión de sangre elevada:</i>		
High Cholesterol/Colesterol elevada:		
Stroke/Derrame cerebral:		
Chronic Conditions/ <i>Condiciones crónicas:</i>		
Depression/Depresión:		
Dementia/Demencia:		





**List of Medical Equipment and Supplies**  
*Lista de equipos y suministros médicos*

<b>Date</b> <i>Fecha</i>	<b>Equipment</b> <i>Equipo</i>	<b>Provider of Equipment</b> <i>Abastecedor del equipo</i>	<b>Advising Doctor</b> <i>Médico que recomienda el equipo</i>

**List of Operations/Surgeries**  
*Lista de operaciones/cirugías*

<b>Date/Fecha</b>	<b>Type of Operation/Tipo de operación</b>	<b>Hospital/Clinic/Clinica</b>





**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**



**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**



**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**


**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**



**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**



**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**




**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**



**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**



**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**


**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**



**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**



**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**


**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**



**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**



**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**


**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**



**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**



**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**


**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
*Datos personales de salud***

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
*Presión sanguínea:***

--

**Blood Sugar/  
*Glucosa sanguínea:***

--

**Questions/Symptoms/Problems  
*Duda/Síntomas/Problemas***

**Answers/Explanations  
*Respuestas/Explicaciones***

<b>Questions/Symptoms/Problems <i>Duda/Síntomas/Problemas</i></b>	<b>Answers/Explanations <i>Respuestas/Explicaciones</i></b>

**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
*Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)***


**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
*Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico***


**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**

<b>Questions/Symptoms/Problems Duda/Síntomas/Problemas</b>	<b>Answers/Explanations Respuestas/Explicaciones</b>

**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**


**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**


**Date/Fecha**

**Physician/Care Provider**

*Médico/Proveedor de asistencia médica*

**Personal Health Data/  
Datos personales de salud**

**Weight/Peso:**

--

**Cholesterol/Colesterol:**

--

**Blood Pressure/  
Presión sanguínea:**

--

**Blood Sugar/  
Glucosa sanguínea:**

--

**Questions/Symptoms/Problems  
Duda/Síntomas/Problemas**

**Answers/Explanations  
Respuestas/Explicaciones**



**Services received (check-up, physical therapy, etc.)  
Servicios recibidos (examen general, terapia física, etc.)**



**Care Plan/Special Instructions from Doctor  
Plan de asistencia médica/Instrucciones especiales de su médico**


## Description of Tests and Screenings

### Descripción de las pruebas y exámenes

Test Name <i>Nombre de la prueba</i>	What is it? <i>¿Qué es?</i>	Does Medicare B Cover it? <i>¿La cubre Medicare B?</i>
Bone Mass Measurements (Bone Density) <i>Exámenes de calcio en los huesos</i>	Helps determine if you are at risk for broken bones  <i>Ayuda a determinar si usted corre el riesgo de fracturas</i>	Yes, every 24 months if at risk  <i>Sí, cada 24 meses si es propenso a sufrirlas</i>
Cardiovascular Screenings  <i>Examen del corazón</i>	Ask your doctor to test your cholesterol, lipid and triglyceride levels <i>Pídale a su médico que le administre la prueba de niveles de colesterol, lípidos y triglicéridos</i>	Yes, every 5 years  <i>Sí, cada 5 años</i>
Colorectal Cancer Screening <i>Examen para detectar la presencia de cáncer colorectal</i>	Finds precancerous growths and can help find colon cancer early  <i>Encuentra excrecencias precancerosas y puede ayudar a detectar temprano el cáncer del colon</i>	Yes, if age 50+ or at high risk  <i>Sí, tiene más de 50 años de edad o es propenso a sufrir de éste</i>
Diabetes Screening  <i>Examen de diabetes</i>	Tests are available if you have: high blood pressure, Dyslipidemia, obesity, or history of high blood sugar or two or more of the following characteristics: age 65+, overweight, family history of diabetes, delivery of baby weighing more than 9 pounds  <i>Usted puede recibir este examen si tiene alta presión sanguínea, dislipidemia, obesidad, historis de glucosa sanguínea alta o una o más de las siguientes características: Mayor de 65 años, sobrepeso, historia de familia de diabetes, parto de bebés que pesaron más de 9 libras</i>	Yes, based on results of test, you may be eligible for up to 2 per year  <i>Sí, con base a los resultados del examen, puede tener derecho a 2 exámenes anuales</i>



## Description of Tests and Screenings

### Descripción de las pruebas y exámenes

<b>Test Name</b> <i>Nombre de la prueba</i>	<b>What is it?</b> <i>¿Qué es?</i>	<b>Does Medicare B Cover it?</b> <i>¿La cubre Medicare B?</i>
Flu Shot <i>Vacuna contra la Gripe</i>	Helps prevent Influenza, or flu virus <i>Ayuda a prevenir la influenza o el virus de la gripe</i>	Yes, in Fall/Winter <i>Sí, en el otoño y el invierno</i>
Glaucoma Test <i>Examen de glaucoma</i>	Helps detect the eye disease Glaucoma. <i>Ayuda a detectar la enfermedad ocular glaucoma, disponible si es propenso a sufrirla</i>	Yes, every 12 months Available if you are at risk. <i>Sí, cada 12 meses</i>
Hepatitis B Shot <i>Vacuna contra la hepatitis B</i>	Helps protect you from getting Hepatitis B, a disease of the liver <i>Ayuda a protegerlo de contrarar la hepatitis B, una enfermedad del hígado</i>	Yes, if at high or medium risk <i>Sí, es propenso en alto o mediano grado</i>
Breast Cancer Screenings (Mammogram) <i>Mamografía</i>	Checks for breast cancer before you or your doctor may feel it <i>Verifica la existencia de cáncer del seno antes de que usted o su médico puedan sentirlo</i>	Yes, every 12 months for age 40+ <i>Sí, cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años</i>
Cervical and Vaginal Cancer Screening <i>Prueba de Panpanicolau y de al pelvis</i>	Covers Pap tests and pelvic exams to check for cancers <i>Verifica si las mujeres sufren de cáncer vaginal o cervical</i>	Yes, every 24 months or every 12 if high risk <i>Sí, cada 24 meses o cada 12 meses si es propensa en alto grado</i>

## Description of Tests and Screenings

### Descripción de las pruebas y exámenes

Test Name <i>Nombre de la prueba</i>	What is it? <i>¿Qué es?</i>	Does Medicare B Cover it? <i>¿La cubre Medicare B?</i>
Pneumococcal Shot <i>Vacuna pneumococcica</i>	Helps prevent pneumonia. Most people only need this once. <i>Ayuda e evitar la pulmonia. La mayoría de las personas necesitan esto una vez</i>	Yes <i>Sí</i>
Prostate Cancer Screening <i>Exámenes de cáncer de próstata</i>	Helps men find prostate cancer with a digital rectal exam and Prostate Specific Antigen (PSA) test <i>Ayuda a los hombres a detectar el cáncer de la próstata con un examen digital rectal y una prueba de antígeno prostático específico (PAS, por sus siglas en inglés)</i>	Yes, every 12 months for age 50+ <i>Sí, cada 12 meses para hombres mayores de 50 años</i>
One-time "Welcome to Medicare" Preventative Visit <i>Antiguo "bienvenido a Medicare" Examen Físico</i>	A one-time review of your health, education and counseling about preventative services and referrals for other care if needed. You pay nothing for this exam if the doctor accepts assignment. <i>Una antigua revisión de su salud, la educación y aconsejando acerca de servicios y referencias impeditivos para otro cuidado si necesitado. Usted no paga nada para este examen si el médico acepta tarea.</i>	Yes, but only if you get it within the first 12 months you have Part B. <i>Sí, pero sólo si usted lo consigue dentro de los primeros 12 meses usted tiene Parte B.</i>
Yearly "Wellness" Visit <i>Examen Anual de Bienestar</i>	Covers an annual review of your health, education and counseling about preventative services and referrals. <i>Usted puede hacerse un examen anual para desarrollar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en sus riesgos y en su estado de salud actual. Usted no tiene que pagar por este examen si su médico acepta la asignación.</i>	Yes, every 12 months, not within 12 months of "Welcome to Medicare." <i>Sí, cada 12 meses, no dentro de 12 meses de "bienvenido a Medicare".</i>

Your local SMP Program offers the following:

- SCREENING health care bills or Medicare Summary Notices for possible errors, or overt fraud and abuse of Medicare and Medicaid programs.
- INFORMATION about how to protect yourself, report and respond to health care scams.
- ASSISTANCE with contacting your doctor or other health care providers to discuss billing problems if you are not comfortable doing it yourself.

Production of this journal was supported by grant # 90MPPG0016-01-00 from the Administration for Community Living, U.S. Department of Health and Human Services

Su programa SMP local ofrece lo siguiente:

- *ANÁLISIS de facturas médicas o de los Resúmenes de los Estados de Cuenta de Medicare para detectar posibles errores o fraudes y abusos de los programas de Medicare y Medicaid.*
- *INFORMACIÓN acerca de cómo protegerse, informar y responder a las estafas de asistencia médica.*
- *ASISTENCIA para comunicarse con su médico u otros proveedores de atención médica para discutir problemas de facturación en el caso de que usted no se sienta cómodo(a) haciéndolo usted mismo.*

*La producción de esta revista fue apoyado por grant # 90MPPG0016-01-00 de la Administración para la Vida en la Comunidad de EE.UU., Departamento de Salud y Servicios Humanos*

**Protect**  
*Proteja*

**Detect**  
*Detecte*

**Report**  
*Informe*

Jewish Family Services of Middlesex County  
32 Ford Avenue • Milltown, NJ 08850  
732-777-1940 • Toll Free Fraud Hotline: 877-SMP-4359  
Website: [www.seniormedicarepatrolnj.org](http://www.seniormedicarepatrolnj.org)

