



REUTILIZACIÓN DE LOS
EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS
DE MARYLAND

Formulario de solicitud de equipos básicos

Presentado por:



11701 Crain Highway
Cheltenham, MD 20623
DME.MDOA@maryland.gov
240-230-8000 (oficina)
aging.maryland.gov

**Complete este formulario en papel y luego
envíenoslo por correo, o escanéelo y
envíenoslo por correo electrónico.**

*** Los campos marcados con un "*" son obligatorios. Si no proporciona esta información, su solicitud se anulará.**

Se debe identificar a las siguientes personas: 1) quién solicita el equipo ("solicitante"), 2) quién será el/la beneficiario/a del equipo ("beneficiario/a"), y 3) quién recogerá el equipo. El/la "Solicitante" es la persona que completa y firma este formulario y quien tomará posesión del equipo. El/la "Beneficiario/a" es la persona que tiene una discapacidad a la que asistirá el equipo. El programa no realiza entregas, por lo que la persona "que recogerá el equipo" es la persona que acudirá a nuestro depósito o sucursal para obtener el equipo. El/la solicitante, el/la beneficiario/a y la persona que recoge el equipo pueden ser tres personas distintas, dos personas distintas (por ejemplo, el/la solicitante y el/la beneficiario/a pueden ser la misma persona, mientras que la persona que recoge el equipo es una segunda persona), o una sola persona.

Persona que solicita el equipo ("solicitante")		
Nombre*	Apellido*	
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Teléfono*	Dirección de correo electrónico	

Información de el/la Beneficiario/a del equipo (debe ser residente de Maryland)			
Nombre*	Apellido*		Fecha*
Dirección*			
Ciudad*	Condado*	Estado*	Código postal*
Teléfono*	Correo electrónico:		
Fecha de nacimiento*	Altura*		Peso*
Cobertura de el/la Beneficiario/a (marque todo lo que corresponda):*		¿Por qué el Equipo Médico Duradero (DME) no se compra ni se paga con la póliza de seguro de el/la Beneficiario/a? *	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid		
<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Sin seguro		

Persona que recoge el equipo (debe ser capaz de cargar y descargar el equipo de manera independiente)		
<input type="checkbox"/> Igual a la información de el/la solicitante anterior		
Nombre*	Apellido*	
Dirección*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*
Teléfono*	Dirección de correo electrónico	

Recopilación y protección de la información personal

El/la solicitante proporciona información personal (lo que incluye, entre otros, el nombre, la dirección, y la fecha de nacimiento) en este formulario de solicitud. El motivo de solicitar esta información personal es ayudar a operar, buscar financiamiento, minimizar los costos y evaluar el programa de reutilización. El/la solicitante, el/la beneficiario/a y la persona que recoge el equipo tienen derecho a inspeccionar, enmendar o corregir su información personal que conserva el programa. El programa no permitirá la inspección pública de la información personal ni la pondrá a disposición de otras personas, excepto según lo permitan las leyes federales y estatales.

Seleccione el equipo (sujeto a disponibilidad):**Elementos de movilidad****Bastón:**

- Monopie
- Cuádruple base pequeña
- Cuádruple base grande

Muletas:

- Axilas
- Antebrazos

Caminador:

- Estándar (sin ruedas)
- Rodante (dos ruedas)
- Rollator

Ducha

- Silla para la ducha
- Silla para la ducha con respaldo
- Banco de traslado para bañera

Baño

- Inodoro portátil
- Barandilla de seguridad para el baño

Traslados

- Barandilla para cama médica de hogar
- Barandilla para cama de hogar estándar

Dispositivos complejos

- Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas de transporte
- Silla de ruedas motorizada
- Scooter motorizado
- Cama de hospital eléctrica/Semi-eléctrica
- Elevador mecánico

Se necesita un formulario de solicitud de equipos complejos para estos dispositivos. Consulte el formulario por separado.

Acuerdo de exención y liberación de responsabilidad:

Este acuerdo es una liberación de todos los derechos de demandar por lesiones o muerte que resulten del equipo recibido por parte de la **Reutilización de Equipos Médicos Duraderos de Maryland (en adelante, "MDMER")**, sin fines de lucro y operada por el estado. La persona que solicita el equipo (en adelante, "Solicitante") asume expresamente todos los riesgos relacionados en cualquier forma con el uso o adecuación del equipo. El/la Solicitante entiende que la **MDMER**: (i) no brinda asesoramiento médico sobre la adecuación de ningún equipo médico duradero; (ii) no brinda servicio de entrega ni de montaje posterior a la entrega, y (iii) recomienda buscar el asesoramiento de profesionales de la salud, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o enfermeros/as practicantes, antes de obtener o utilizar equipos médicos duraderos. El/la Solicitante revisará el equipo para verificar que esté en buen estado de funcionamiento antes de que el equipo se utilice para asistir a el/la beneficiario/a identificado anteriormente (en adelante, "Beneficiario/a") El/la Solicitante leerá los materiales escritos y revisará los materiales de video que se proporcionan con el equipo y transmitirá la información que contienen a el/la Beneficiario/a y sus cuidadores/as antes de que se utilice el equipo. El/la Solicitante también entiende que ni la **MDMER** ni sus funcionarios, oficiales, agentes, empleados o voluntarios (en lo sucesivo, "Exonerados/as") serán responsables de ninguna manera por lesiones, muerte u otros daños a el/la Solicitante, el/la Beneficiario/a o la persona que recoge el equipo, o sus respectivas familias, herederos o cesionarios, que puedan resultar de o estar relacionados de alguna manera con el equipo, el uso del equipo, un defecto del producto en el equipo, el uso y desgaste del equipo, o la negligencia pasiva o activa de cualquiera de las partes, incluida la negligencia pasiva o activa de los/as Exonerados/as.

El/la Solicitante reconoce que acepta y asume la propiedad del equipo "como está" y "con todas las fallas", y reconoce que la **MDMER** ha renunciado a todas las garantías. No hay garantías de que el equipo sea apto para un propósito en particular. El/la Solicitante reconoce que asume todos los riesgos derivados de la propiedad y el uso del equipo.

Por la presente, el/la Solicitante libera, exime y acepta no demandar a la **MDMER** ni a ninguno de los/as Exonerados/as por ninguna lesión, pérdida o daño de ningún tipo (incluido, entre otros, la muerte) a cualquier persona o propiedad, causado directa o indirectamente, o que surja de alguna manera del equipo, ya sea que dicha lesión o pérdida haya sido causada o presuntamente causada en su totalidad o en parte por la negligencia pasiva o activa de los/as Exonerados/as o de otra manera.

El/la Solicitante eximirá de responsabilidad e indemnizará a los/as Exonerados/as con respecto a cualquier reclamo de responsabilidad por cualquier pérdida o daño supuestamente causado por el equipo o su uso.

La MDMER PUEDE, A SU ÚNICA Y ABSOLUTA DISCRECIÓN, NEGARSE A PROPORCIONAR EL EQUIPO SI CONSIDERA QUE: 1) EL/LA BENEFICIARIO/A NO NECESITA EL EQUIPO O 2) EL/LA BENEFICIARIO/A O SUS CUIDADORES/AS NO UTILIZARÁN O NO PODRÁN UTILIZAR EL EQUIPO DE MANERA SEGURA.

RECONOZCO QUE HE LEÍDO CON ATENCIÓN EL ACUERDO DE EXENCIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ANTERIOR Y LO COMPRENDO COMPLETAMENTE, Y DECLARO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER: (1) TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ EN ESTE FORMULARIO ES CIERTA Y PRECISA, Y (2) EL EQUIPO SOLO SERÁ PARA USO PERSONAL Y NO SE VENDERÁ.

Firma de el/la solicitante:**Fecha:****Nombre de el/la solicitante en letra de imprenta:**