



Atención: Después de revisar lo siguiente, complete el formulario en su totalidad (imprima o escriba a máquina solamente) y retorne con la requerida documentación. Limite las entradas a una letra por cuadro y NO exceda el espacio designado (o sea, NO escriba su apellido con su nombre en la misma casilla). Incumplimiento en proveer la información requerida resultará en retraso o negación del reembolso. Si más espacio es necesario, continúe con el mismo formato en una hoja separada de papel.

Nota: Esta forma es requerida para los reclamos de reembolsos de gastos miscelaneos relacionados con el tratamiento de spina dorsal bífida y otros defectos de nacimiento y otras condiciones asociadas que son cubiertos. Sin tomar en cuenta el tipo de gasto siendo reclamado, es obligación completar las Secciones I, II, y IV. Se requiere completar la Sección III solamente cuando los reclamos envuelven viajes, mientras que se requiere completar la Sección V solamente cuando los reclamos envuelven prescripciones médicas, equipo médicos y medicamentos sin prescripción médica. Reembolsos por gastos aprobados (incluyendo gastos de viaje o miscelaneos) serán pagaderos al beneficiario.

Sección I – Información del Paciente

Apellido	Nombre	SN	Número de Seguro Social
Dirección de la Calle			Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono (incluya código de area)

Sección II – Información del Patrocinador

Apellido	Nombre	SN	Número de Seguro Social
----------	--------	----	-------------------------

Sección III – Viajes

Adjunte los recibos requeridos por gastos reclamados (excluya recibos por millas recorridas de vehiculo de propiedad propia (VPP))

¿Irá el proveedor a cobrar por los servicios? (Marque una)  Si  No

Certificación de Servicio Médico (requerido en todos los reclamos de viaje)

Fecha de Servicio (Día/Mes/Año)	Número de Identificación de Tributaria del Proveedor	Firma del proveedor certificando el servicio en la fecha de tratamiento
		X

Información sobre el Viaje del Paciente

Manera de viaje	<input type="checkbox"/> Aerolinea	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> VPP (viaje completo)	→ → →	Millas recorridas				
	<input type="checkbox"/> Bus	<input type="checkbox"/> Tren	<input type="checkbox"/> Otros	→ → → →	explicar				
Fecha(s) de Viaje (Día/Mes/Año)	Salida			Llegada					
	Ciudad	Esta	Hora (ex. 0815)	Ciudad	Esta	Hora (ex. 0815)			
Fecha(s) de Viaje (Día/Mes/Año)	Salida			Llegada					
	Ciudad	Esta	Hora (ex. 0815)	Ciudad	Esta	Hora (ex. 0815)			

Información del Acompañante

Apellido	Nombre	SN	Relación con el Paciente
----------	--------	----	--------------------------

Gastos Miscelaneos del Paciente/Acompañante

Alojamiento \$	Otros (parqueo, peajes, etc.)
----------------	-------------------------------

Sección IV – Certificación

Dar a Conocer la Información Médica: La firma en esta sección autoriza al proveedor de servicios a liberar la documentación de registros médicos relacionados a los servicios asociados con el reclamo. Este consentimiento se apeg a todos los registros médicos, incluyendo los registros relacionados a las condiciones de tratamiento psicológico y psiquiátricos, abuso de drogas y alcohol, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infección viral debido a inmunodeficiencia humana, y enfermedad de células fusiformes.

→	Firma	Fecha
---	-------	-------

Apellido	Nombre	SN	Relación con el Paciente
Dirección de la Calle			
Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico (incluya código de area)

Reclamo de Gastos Miscelaneos

(corte en la linea de arriba y retenga esta porción para sus registros)

Apendice

**Acta Privada:** Toda la información recolectada esta sujeta a las provisiones de Acta Privada bajo el inciso 5 USC 552a.  
**Autoridad:** Esta información es solicitada bajo incisos 38 USC 501 y 1805 y 38 CFR 17.900 y lo que sigue. **Divulgación:** Es voluntario divulgar la información, sin embargo el incumplimiento de proveer la información puede resultar en el retraso y/o negación de reclamos de los reembolsos por gastos miscelaneos relacionados a beneficios de cuidados de salud de veteranos de Vietnam con espina dorsal bífida y los hijos de mujeres de veteranas de Vietnam cubiertos por defectos de nacimiento. El incumplimiento de enviar esta información no tendrá impactos adversos en otros beneficios de AV por los cuales el paciente se haya hecho acreedor.

**Acta de Reducción de Papeleria:** La recolección de esta información esta de acuerdo con los requisitos de aduana de la Sección 3507 del Acta de Reducción de Papeleria de 1995. El recargo del reporte público empleado para la recolección de esta información es estimado en 5 minutos promedio por respuesta, incluyendo el tiempo empleado en revisar las instrucciones, investigar fuentes de datos existentes, adquirir y mantener el material necesario, y completar y revisar la recolección de la información. Demandantes deben darse cuenta que ninguna persona podría estar sujeta a cualquier pena por incumplimiento en la recolección de la información si esta no muestra un número de control OMB que sea válido y reciente. El propósito de la recolección de estos datos es obtener información de beneficios de cuidados de salud de los hijos de veteranos de Vietnam con espina dorsal bífida y los hijos de mujeres de veteranas de Vietnam cubiertos por defectos de nacimiento. Se requiere esta forma para todos los reclamos de reembolsos de gastos miscelaneos relacionados al tratamiento de defectos de nacimiento.

**ESPINA DORSAL BIFIDA PROGRAMA  
CUIDADOS DE SALUD**

VA Health Administration Center  
Spina Bifida Health Care Benefits  
P.O. Box 65025  
Denver, CO 80206-9025  
Phone: 1.888.820.1756  
Fax: 303.331.7807

**HIJOS DE MUJERES DE VETERANAS DE  
VIETNAM**

VA Health Administration Center  
Children of Women Vietnam Veterans  
P.O. Box 469027  
Denver, CO 80246-0027  
Phone: 1.888.820.1756  
Fax: 303.331.7807