

# Su Guía sobre los Servicios Preventivos de Medicare

Esta publicación oficial del gobierno  
contiene información importante sobre:

- Los servicios preventivos que Medicare cubre y con qué frecuencia
- Lo que usted paga — muchos de los servicios son gratuitos

[es.Medicare.gov](https://es.Medicare.gov)



**Medicare**

# Sobre esta publicación

---

Medicare Original incluye la Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico). Este folleto describe los servicios preventivos que cubre Medicare Original.

Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas de seguimiento de la salud, asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

Si tiene un plan Medicare Advantage (Parte C), otro plan de salud de Medicare o Medicare y Medicaid:

- Es posible que pueda obtener otros servicios preventivos que Medicare Original no cubre.
- Sus costos pueden ser diferentes.
- Las reglas de cobertura (como la frecuencia con la que puede obtener un servicio) pueden ser diferentes.

Para más información sobre costos específicos e información sobre la cobertura, comuníquese con su plan o agencia estatal de Medicaid. Por lo general, puede encontrar la información de contacto de su plan en su tarjeta de membresía del plan. Visite [Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip](https://www.Medicaid.gov/about-us/where-can-people-get-help-medicaid-chip) para obtener el número de teléfono de la oficina de Medicaid de su estado. Visite [es.Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans) para más información sobre los planes de salud de Medicare.





## Sección 1:

# Introducción

Medicare paga muchos servicios preventivos para mantenerlo saludable. Por ejemplo, si tiene la Parte B puede obtener una visita anual de “Bienestar” y muchos otros servicios preventivos cubiertos, como exámenes de detección de cáncer colorrectal y mamografías. Los servicios preventivos pueden detectar problemas de salud en forma temprana, cuando el tratamiento funciona mejor. Hable con su médico u otro proveedor para averiguar qué servicios preventivos son adecuados para usted y con qué frecuencia los necesita. Su proveedor puede ordenar exámenes o pruebas que Medicare no cubre. También pueden recomendarle que se haga pruebas con más o menos frecuencia de la que cubre Medicare.

Si Medicare no cubre un servicio y cree que debería estarlo, puede apelar esta decisión. Para presentar una apelación, siga las instrucciones en su “Resumen de Medicare” (MSN). Para más información sobre cómo presentar una apelación, visite [es.Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY: 1-877-486-2048).

## Lo que debe saber al leer esta publicación

### Símbolos

Para saber si Medicare cubre un servicio o prueba para hombres, mujeres o tanto para hombres como para mujeres, busque uno de estos símbolos al lado de cada servicio preventivo:



### Factores de riesgo

Con algunos servicios, verá una lista de factores que aumentan su riesgo de desarrollar una determinada enfermedad. Si no está seguro de estar en riesgo, hable con su médico.

### Deducible Parte B

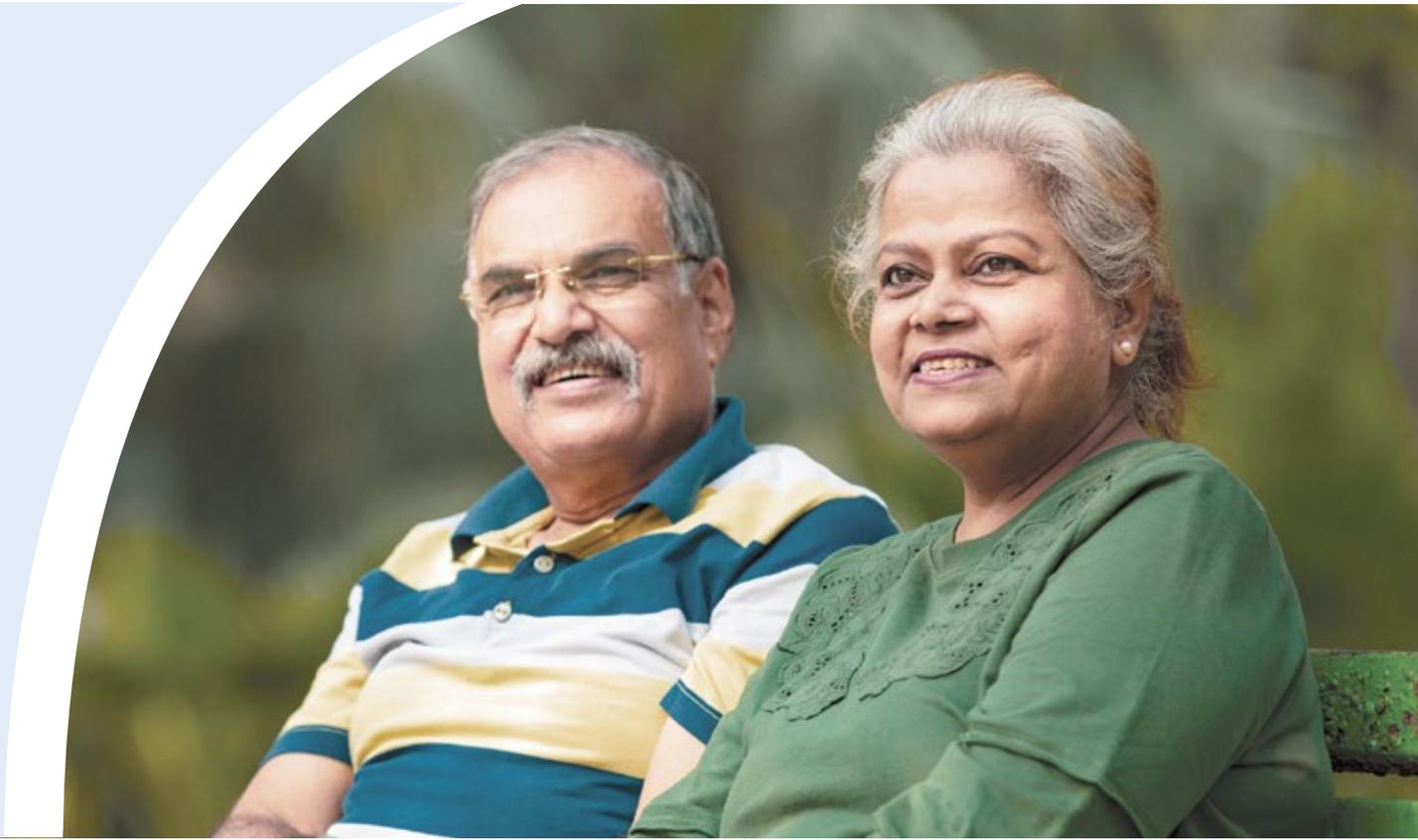
La cantidad que debe pagar por los servicios y suministros cubiertos por la Parte B antes de que Medicare comience a pagar su parte. El deducible de la Parte B cambia cada año. Encuentre la información actual en [es.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs](https://es.Medicare.gov/basics/costs/medicare-costs).

### Asignación

Un acuerdo aprobado por su médico u otro proveedor que acepta recibir el pago directamente de Medicare, acepta el pago que Medicare aprueba por el servicio y acepta no cobrarle una cantidad mayor al deducible y coseguro o copago que aplique.

### Cantidad aprobada por Medicare

La cantidad que Medicare Original establece para un servicio o artículo cubierto. Cuando su proveedor acepta la asignación, Medicare paga su parte de la cantidad y usted paga su parte, incluido el deducible y el coseguro de Medicare.



## Sección 2:

# Servicios Preventivos

Esta es una lista de todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare..



## Examen de aneurisma aórtico abdominal

### ¿Estoy cubierto?

Medicare cubre una ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal si usted está en riesgo.

### ¿Con qué frecuencia?

Una vez en su vida si recibe un referido de su médico u otro proveedor.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.

### ¿Estoy en riesgo?

Se le considera en riesgo si alguno de estos es cierto:

- Tener un antecedente familiar de aneurisma aórtico abdominal.
- Es un hombre de entre 65 y 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.



## **Evaluación y asesoramiento para el abuso del alcohol**

### **¿Estoy cubierto?**

Adultos con Medicare (incluso durante el embarazo) que consumen alcohol, pero que no responden al criterio de alcoholismo.

### **¿Con qué frecuencia?**

Medicare cubre una evaluación sobre el abuso del alcohol una vez al año. Si su médico de cabecera u otro proveedor determinan que usted está abusando del alcohol, pueden brindarle hasta 4 sesiones breves de consejería al año (si usted está alerta y competente durante la sesión). Debe recibir asesoramiento en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico).

### **¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.



## **Mediciones de masa ósea**

La Parte B cubre las mediciones de la densidad de los huesos para ver si corre riesgo de sufrir fracturas. Sus resultados le ayudarán a usted y a su médico u otro proveedor a decidir la mejor manera de mantener sus huesos fuertes.

### **¿Estoy cubierto?**

Medicare cubre esta prueba si cumple con una o más de estas condiciones:

- Usted es una mujer cuyo proveedor determina que tiene deficiencia de estrógeno y está en riesgo de sufrir osteoporosis, según su historial médico y otros hallazgos.
- Sus radiografías muestran posible osteoporosis, osteopenia o fracturas vertebrales.
- Está tomando prednisona o medicamentos tipo esteroide o piensa comenzar este tratamiento.
- Se le diagnosticó hiperparatiroidismo primario.
- Está siendo observado para saber si el tratamiento de la osteoporosis con medicamentos funciona.

### **¿Con qué frecuencia?**

Una vez cada 24 meses (o con más frecuencia, si es médicamente necesario).

### **¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.



## Terapia del comportamiento cardiovascular

La terapia conductual cardiovascular ayuda a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (afecciones que afectan el corazón y los vasos sanguíneos). La Parte B cubre una visita de terapia conductual cardiovascular con su médico primario u otro profesional de atención primaria en un entorno de atención primaria (como el consultorio de un médico). Durante esta terapia, su médico puede hablarle sobre el uso de aspirina, controlar su presión arterial y darle consejos sobre dieta y ejercicio.

### ¿Estoy cubierto?

Sí. Todas las personas con Medicare pueden recibir terapia conductual cardiovascular.

### ¿Con qué frecuencia?

Una vez al año.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.

### ¿Estoy en riesgo?

Su riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar si:

- Tiene presión arterial alta.
- Tiene niveles de colesterol poco saludables.
- Tiene diabetes.
- Tiene sobrepeso.
- Consume tabaco y/o bebe alcohol.
- No hace suficiente actividad física.
- Tiene una dieta poco saludable.
- Tiene antecedentes familiares de enfermedades cardíacas.
- Tiene antecedentes de preeclampsia (un aumento repentino de la presión arterial y demasiada proteína en la orina durante el embarazo).
- Es una mujer de 55 años o más, o un hombre de 45 años o más.



## Evaluaciones cardiovasculares

La Parte B cubre las evaluaciones cardiovasculares para controlar el nivel del colesterol y lípidos (grasa en la sangre). Los niveles altos de colesterol pueden aumentar su riesgo de ataque al corazón y de derrame cerebral. “Terapia conductual cardiovascular” en la página anterior para una lista de factores de riesgo.

### ¿Estoy cubierto?

Sí. Todas las personas con Medicare pueden hacerse exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares.

### ¿Con qué frecuencia?

Una vez cada 5 años.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.

### ¿Estoy en riesgo?

Consulte “Terapia conductual cardiovascular” en la página 5 para una lista de factores de riesgo.



## Exámenes de cáncer de cuello uterino y vagina

La Parte B cubre las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos para detectar cánceres cervicales y vaginales. Medicare también cubre un examen clínico de los senos para la detección del cáncer de mama.

### ¿Estoy cubierto?

Si es mujer, Medicare cubre los exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal.

### ¿Con qué frecuencia?

Medicare cubre estas pruebas de detección una vez cada 24 meses en la mayoría de los casos. Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello uterino o vaginal, o si está en edad fértil y tuvo una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 36 meses, Medicare cubre estas pruebas de detección una vez cada 12 meses.

Medicare también cubre las pruebas del virus del papiloma humano (VPH) (como parte de las pruebas de Papanicolaou) una vez cada 5 años si tiene entre 30 y 65 años y no tiene síntomas del VPH.

### ¿Cuáles son mis costos?

Si su médico u otro proveedor acepta la asignación, usted no paga nada por:

- La prueba de Papanicolaou de laboratorio
- La prueba de laboratorio del VPH con la prueba de Papanicolaou
- La colección de muestras de Papanicolaou
- Los exámenes pélvicos y mamarios

### ¿Estoy en riesgo?

Su riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta si:

- Tiene antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH).
- Comenzó a tener relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Ha tenido 5 o más parejas sexuales.
- No se ha hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos 7 años.
- Sólo ha tenido 1 o 2 pruebas de Papanicolaou normales en los últimos 7 años.
- Su madre tomó el medicamento DES (Diethylstilbestrol), una hormona sintética durante el embarazo.



### Examen para la detección de cáncer colorrectal

Medicare cubre las pruebas de detección del cáncer colorrectal para ayudar a encontrar pólipos precancerosos (crecimientos en el colon) o detectar el cáncer en sus etapas iniciales, cuando el tratamiento funciona mejor.

#### ¿Estoy cubierto?

Si tiene 45 años o más, Medicare cubre la mayoría de los exámenes de detección de cáncer colorrectal (incluidos análisis de sangre oculta en heces (detección), sigmoidoscopia flexible, enemas de bario (detección), pruebas de ADN en heces con objetivos múltiples (hasta los 85 años) y pruebas de biomarcadores en sangre para el cáncer colorrectal (hasta los 85 años).

No existe una edad mínima para realizarse una colonoscopia de detección cubierta por Medicare.

#### ¿Con qué frecuencia?

- **Colonoscopia**—Una vez cada 120 meses (si es una persona de alto riesgo, una vez cada 24 meses), o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa. Si inicialmente se realiza una prueba de detección no invasiva en heces (prueba de sangre oculta en heces o prueba de ADN en heces de múltiples objetivos) y obtiene un resultado positivo, Medicare también cubre una colonoscopia de seguimiento como prueba de detección.
- **Prueba de detección de sangre oculta en materia fecal**—Una vez cada 12 meses, si recibe un referido por escrito de su médico, asistente médico, proveedor o enfermero clínico.
- **Sigmoidoscopia flexible**—Una vez cada 48 meses para la mayoría de las personas. Si no tiene un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, Medicare cubre esta prueba 120 meses después de una colonoscopia anterior.
- **Colonografía con tomografía computarizada (TC) de detección**—Una vez cada 60 meses (o una vez cada 24 meses si de alto riesgo) o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia previa.

- **Prueba de ADN en heces de objetivos múltiples**—Una vez cada 3 años si cumple con todas estas condiciones:
  - Tiene entre 45 y 85 años.
  - No muestra signos ni síntomas de enfermedad colorrectal, incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, prueba de sangre oculta en heces de guayaco positivo o prueba inmunoquímica fecal.
  - Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que:
    - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa).
    - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.
  
- **Pruebas de biomarcadores en sangre para el cáncer colorrectal**—Una vez cada 3 años si cumple con todas estas condiciones:
  - Tiene entre 45 y 85 años.
  - No muestra signos ni síntomas de enfermedad colorrectal, incluidos, entre otros, dolor gastrointestinal inferior, sangre en las heces, prueba de sangre oculta en heces de guayaco positivo o prueba inmunoquímica fecal.
  - Tiene un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal, lo que significa que:
    - No tiene antecedentes personales de pólipos adenomatosos, cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal (incluida la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa).
    - No tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal, pólipos adenomatosos, poliposis adenomatosa familiar o cáncer colorrectal hereditario sin poliposis.

### **¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga por la prueba de sangre oculta en heces, prueba de biomarcadores sanguíneos, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia de detección o prueba de ADN en heces con objetivos múltiples si su médico u otro proveedor acepta la asignación.

**Nota:** Si su proveedor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante su colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, usted paga el 15% de la cantidad aprobada por Medicare por los servicios de su proveedor. En un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio, también le paga al centro un coseguro del 15%.

**¿Estoy en riesgo?**

El riesgo de cáncer colorrectal aumenta con la edad. Es importante continuar con las pruebas de detección, incluso si se las hizo antes de tener Medicare. Su riesgo de cáncer colorrectal aumenta si:

- Ha padecido de cáncer colorrectal anteriormente.
- Tiene antecedentes de pólipos.
- Tiene un pariente cercano que tuvo pólipos o cáncer colorrectales.
- Tiene una enfermedad inflamatoria intestinal (como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn).

**Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco**

Según el Cirujano General de los Estados Unidos, las personas que dejan de fumar y de consumir otras formas de tabaco pueden reducir significativamente su riesgo de desarrollar ciertas enfermedades. Esto es cierto incluso en adultos mayores que han fumado durante años.

**¿Estoy cubierto?**

Si consume tabaco, Medicare cubre el asesoramiento para dejar de fumar y de consumir tabaco.

**¿Con qué frecuencia?**

Medicare cubre hasta 8 sesiones de asesoramiento en un período de 12 meses.

**¿Cuáles son mis costos?**

No paga por las sesiones de asesoramiento si su médico u otro proveedor acepta la asignación.

Pregúntele a su proveedor sobre los programas para dejar de fumar cubiertos por Medicare cerca de usted, o visite [NIH.gov](https://www.nih.gov) para más información sobre cómo dejar de consumir tabaco.

**Vacunas para COVID-19**

La Parte B cubre las vacunas contra el COVID-19 aprobadas y autorizadas por la FDA.

**¿Estoy cubierto?**

Sí. Todas las personas con Medicare pueden vacunarse contra el COVID-19.

**¿Cuáles son mis costos?**

No paga por la vacuna si su médico u otro proveedor acepta la asignación.



## Evaluación de depresión

Si usted o alguien que conoce está luchando o en crisis, llame o envíe un mensaje de texto al 988, la línea gratuita y confidencial para casos de Suicidio y Crisis (Suicide & Crisis Lifeline). Puede llamar y hablar con un consejero de crisis capacitado las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede conectarse con un consejero a través de charla en línea en [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org). Llame al 911 si se encuentra en una crisis médica inmediata.

### ¿Estoy cubierto?

Sí. Todas las personas con Medicare pueden hacerse exámenes de detección de depresión.

### ¿Con qué frecuencia?

Medicare cubre una prueba de detección de depresión al año. Debe hacerse la prueba en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico) que puede darle tratamiento o referirlo.

### ¿Cuáles son mis costos?

No paga si su médico u otro proveedor acepta la asignación.



## Examen de diabetes y entrenamiento para el auto-control de la diabetes

La diabetes es un problema médico en la que el cuerpo no produce suficiente insulina o tiene una respuesta reducida a la insulina. La diabetes ocasiona un aumento del azúcar en la sangre porque se necesita la insulina para usar el azúcar apropiadamente. Un nivel alto del azúcar en la sangre es perjudicial para la salud.

## Pruebas de la diabetes

### ¿Estoy cubierto?

La Parte B cubre pruebas de laboratorio de glucosa en sangre (azúcar en sangre) si su médico u otro proveedor determina que usted está en riesgo de desarrollar diabetes.

### ¿Con qué frecuencia?

Puede hacerse hasta 2 pruebas de detección de diabetes por año (dentro de los 12 meses posteriores a su prueba de detección más reciente).

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.

**¿Estoy en riesgo?**

Se considera que está en riesgo si tiene presión arterial alta, antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos, obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en la sangre. Usted puede estar en riesgo si 2 o más de estas le aplican:

- Tiene 65 años o más.
- Tiene sobrepeso.
- Tiene antecedentes familiares de diabetes (padres o hermanos).
- Tiene antecedentes de diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo) o ha tenido un bebé que pesó más de 9 libras..

**Entrenamiento para el auto-control de la diabetes****¿Estoy cubierto?**

Si le han diagnosticado diabetes y tiene una orden escrita de su proveedor, la Parte B cubre el entrenamiento para el auto-control de la diabetes para pacientes ambulatorios para ayudarle a afrontar y controlar su enfermedad. El programa puede incluir consejos para comer de manera saludable, mantenerse activo, controlar la glucosa en sangre (azúcar en la sangre), tomar medicamentos recetados y reducir riesgos. Algunas personas también pueden ser elegibles para recibir servicios de terapia nutricional médica. Consulte “Servicios médicos terapéuticos de nutrición ” en la página 16.

Hasta el 30 de septiembre de 2025, puede recibir entrenamiento para el auto-control de la diabetes en cualquier lugar de los Estado Unidos a través de telesalud. A partir del 1 de octubre de 2025, deberá estar en un consultorio o centro médico ubicado en una zona rural para recibir el entrenamiento a través de telesalud.

Visite [adces.org/program-finder](https://adces.org/program-finder) para encontrar programas certificados para el autocontrol de la diabetes cerca de usted.

**¿Con qué frecuencia?**

Medicare puede cubrir hasta 10 horas de entrenamiento inicial-1 hora de entrenamiento individual y 9 horas de entrenamiento grupal. También puede calificar para hasta 2 horas de entrenamiento de seguimiento cada año calendario después del año en que recibió su entrenamiento inicial.

**¿Cuáles son mis costos?**

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.

**Vacunas contra la gripe****¿Estoy cubierto?**

Sí. Todas las personas con Medicare pueden vacunarse durante la temporada de gripe.

**¿Con qué frecuencia?**

Una vez por temporada de gripe.

**¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga si su médico u otro proveedor acepta la asignación.



## Exámenes médicos de glaucoma

El glaucoma es una enfermedad del ojo en la que aumenta la presión intraocular. Puede desarrollarse gradualmente y sin aviso y a menudo sin síntomas. La mejor protección para las personas de alto riesgo es hacerse exámenes de la vista periódicos.

### ¿Estoy cubierto?

Medicare cubre estos exámenes si tiene un alto riesgo de desarrollar glaucoma.

### ¿Con qué frecuencia?

Una vez cada 12 meses.

### ¿Cuáles son mis costos?

Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare. En un entorno ambulatorio del hospital, también paga un copago.

### ¿Estoy en riesgo?

Su riesgo de glaucoma aumenta si una o más de estas condiciones le aplican:

- Tiene diabetes.
- Tiene antecedentes familiares de glaucoma.
- Es afroamericano y tienes 50 años o más.
- Es hispano y tienes 65 años o más.



## Vacunas Hepatitis B

### ¿Estoy cubierto?

La Parte B cubre las vacunas contra la Hepatitis B si al menos una de estas condiciones le aplican:

- Nunca ha recibido la serie completa de vacunas contra la Hepatitis B.
- Desconoce su historial de vacunación.
- Tiene alguna otra afección que lo ponga en riesgo medio o alto de contraer Hepatitis B (como vivir con alguien que tiene Hepatitis B).

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga nada por las vacunas contra la Hepatitis B si su médico u otro proveedor acepta la asignación.

**¿Estoy en riesgo?**

Su riesgo de Hepatitis B aumenta si una o más de estas condiciones le aplican:

- Tiene hemofilia y factores VII o IX.
- Tiene Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD) (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).
- Tiene diabetes.
- Usted vive con alguien que tiene Hepatitis B.
- Es un trabajador de la salud y tiene contacto frecuente con sangre o fluidos corporales.



## Evaluación para la detección de la infección por el virus de Hepatitis B (VHB)

**¿Estoy cubierto?**

Medicare cubre las pruebas de detección de infección por VHB si cumple con una de estas condiciones:

- Presenta alto riesgo de infección por el virus de Hepatitis B.
- Está embarazada.

Medicare sólo cubre esta prueba si su médico u otro proveedor la ordena.

**¿Con qué frecuencia?**

- Anualmente si continúa en alto riesgo y no recibe la vacuna contra la Hepatitis B.
- Si está embarazada:
  - En la primera consulta prenatal.
  - Al momento del parto si tiene factores de riesgo nuevos o continuos.
  - En la primera consulta prenatal para embarazos futuros, incluso si ya recibió la vacuna contra la Hepatitis B o tuvo resultados negativos de detección del VHB.

**¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga si su proveedor acepta la asignación.

**¿Estoy en riesgo?**

Su riesgo de contraer VHB aumenta si:

- Nació en un país o región con una alta prevalencia de infección por VHB.
- Usted nació en los EE. UU. y no fue vacunado cuando era niño y sus padres nacieron en regiones con una prevalencia muy alta de infección por VHB.
- Es seropositivo.
- Es un hombre que tiene sexo con hombres.
- Es un usuario de drogas inyectables.
- Tiene contactos domésticos o parejas sexuales con infección por VHB.



## Evaluación para la detección de Hepatitis C

### ¿Estoy cubierto?

Medicare cubre una prueba de detección de Hepatitis C si su médico de cabecera u otro proveedor la solicita y usted cumple con al menos una de estas condiciones:

- Tiene alto riesgo porque usa o ha usado drogas ilícitas inyectables.
- Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
- Nació entre 1945 y 1965.

### ¿Con qué frecuencia?

- Anualmente, si tiene alto riesgo porque ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de Hepatitis C con resultado negativo.
- Una vez si tiene alto riesgo porque:
  - Recibió una transfusión de sangre antes de 1992.
  - Consumió drogas inyectables ilegales en el pasado.
  - Nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo.



### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga si su proveedor acepta la asignación.

## Detección de VIH (virus de inmunodeficiencia humana)

### ¿Estoy cubierto?

La Parte B cubre las pruebas de detección del VIH si cumple con una de estas condiciones:

- Tiene entre 15 y 65 años.
- Tiene menos de 15 años o más de 65 años y tiene un mayor riesgo de contraer el virus.

### ¿Con qué frecuencia?

Una vez al año, si cumple una de las condiciones anteriores. Si está embarazada, puede obtener cobertura para evaluación hasta 3 veces durante el embarazo.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no pagará si su médico u otro proveedor acepta la asignación.

### ¿Estoy en riesgo?

Su riesgo de contraer VIH puede aumentar si:

- Usted usa o ha usado drogas inyectables.
- Intercambia sexo por dinero o drogas, o tiene parejas sexuales que lo hacen.
- Tiene parejas sexuales pasadas o presentes que están infectadas por el VIH, son bisexuales o usan drogas inyectables.

- Tiene otra enfermedad de transmisión sexual.
- Tiene antecedentes de transfusiones de sangre entre 1978 y 1985.
- Tiene nuevas parejas sexuales.



## Evaluación para la detección del cáncer pulmonar

### ¿Estoy cubierto?

Medicare cubre los exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (también conocida como “exploración por tomografía computarizada”) si cumple con todas estas condiciones:

- Tiene entre 50 y 77 años.
- No tiene signos o síntomas de cáncer de pulmón (asintomático).
- Tiene un historial de tabaquismo de al menos 20 “paquetes-año” (un promedio de un paquete (20 cigarrillos) por día durante 20 años).
- Es fumador actual o dejó de fumar en los últimos 15 años.
- Recibe una orden de su médico u otro proveedor.

### ¿Con qué frecuencia

Una vez al año.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga si su proveedor acepta la asignación.

### ¿Estoy en riesgo?

Su riesgo de cáncer de pulmón puede aumentar si:

- Actualmente fuma productos de tabaco o los fumó en el pasado.
- Ha estado expuesto al humo de segunda mano.
- Ha estado expuesto al radón, asbesto u otros agentes que causan cáncer.
- Tiene antecedentes familiares de cáncer de pulmón.



## Mamografías (exámenes de detección de cáncer de mama)

La Parte B cubre mamografías de detección para detectar cáncer del seno antes de que usted o un médico puedan encontrarlo. Toda mujer está en riesgo y el mismo aumenta con la edad. El cáncer de mama generalmente se puede tratar cuando se detecta a tiempo.

### ¿Estoy cubierto?

Si es mujer de 40 años o más, Medicare cubre una mamografía de detección anual. Medicare también cubre mamografías de diagnóstico y, si es mujer entre 35 y 39 años, una mamografía inicial.

### ¿Con qué frecuencia?

- Mamografía de referencia: Una vez en la vida.
- Mamografías de detección: Una vez cada 12 meses.
- Mamografías de diagnóstico: Con más frecuencia que una vez al año, si son médicamente necesarias.

### ¿Cuáles son mis costos?

- Mamografías de detección y de referencia: Usted no paga nada si su médico u otro proveedor acepta la asignación.
- Mamografías de diagnóstico: Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare.



## Servicios médicos terapéuticos de nutrición

La Parte B puede cubrir servicios de terapia de nutrición y ciertos servicios relacionados si un médico lo refiere. Sólo un dietista registrado o un profesional de la nutrición que cumpla con ciertos requisitos puede brindar terapia de nutrición médica. Hasta el 30 de septiembre de 2025, puede recibir entrenamiento para la terapia de nutrición en cualquier lugar de los Estados Unidos a través de telesalud. A partir del 1 de octubre de 2025, deberá estar en un consultorio o centro médico ubicado en una zona rural para recibir los servicios de un profesional registrado a través de telesalud. Los servicios pueden incluir:

- Una evaluación inicial de la alimentación y estilo de vida
- Servicios de terapia nutricional individual y/o grupal
- Ayuda para controlar los factores de estilo de vida que afectan su diabetes
- Visitas de seguimiento para verificar su progreso

### ¿Estoy cubierto?

Si recibe diálisis en un centro de diálisis, Medicare cubre la terapia de nutrición médica como parte de su cuidado de diálisis general. Medicare cubre los servicios de terapia nutricional médica si tiene diabetes o enfermedad renal, o si ha tenido un trasplante de riñón en los últimos 36 meses.

### ¿Con qué frecuencia?

- La cobertura inicial incluye 3 horas de servicios de terapia médica nutricional en el primer año calendario. Estas horas no se pueden transferir al siguiente año calendario.
- Si su médico decide que un cambio en su condición médica requiere un cambio en su dieta, puede darle un referido por más horas de la cobertura inicial. Puede recibir hasta 2 horas de servicios de seguimiento cada año calendario, después del año en que obtuvo su cobertura inicial.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga por los servicios de terapia nutricional si califica para recibirlos.



## Programa de Medicare para la Prevención de la Diabetes

El Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare es un programa de cambio de comportamiento de salud para ayudarle a prevenir la diabetes tipo 2. En este programa, obtendrá:

- Entrenamiento para realizar cambios de comportamiento realistas y duraderos en torno a la dieta y el ejercicio.
- Consejos para hacer más ejercicio.
- Estrategias para controlar su peso.
- Un entrenador especialmente capacitado para ayudarle a mantenerse motivado.
- Apoyo de personas con objetivos y desafíos similares.

Puede obtener estos servicios virtualmente (hasta el 31 de diciembre de 2027) o en persona de un proveedor aprobado. Estos proveedores pueden ser proveedores de servicios de salud tradicionales u organizaciones como centros comunitarios u organizaciones religiosas.

### ¿Estoy cubierto?

La Parte B cubre este programa si todas estas condiciones le aplican:

- Dentro de los 12 meses anteriores a asistir a su primera sesión principal, tiene un resultado de la prueba de hemoglobina A1c entre 5.7 % y 6.4 %, una glucosa plasmática en ayuna de 110-125 mg/dL o una glucosa plasmática de 2 horas de 140-199 mg/dL (prueba de tolerancia oral a la glucosa).
- Tiene un índice de masa corporal (IMC) de 25 o más (IMC de 23 o más si es asiático).
- Nunca ha sido diagnosticado con diabetes tipo 1 o tipo 2 o Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD en inglés)
- Nunca ha participado en el Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare.

### ¿Con qué frecuencia?

Una vez en la vida. El programa comienza con sesiones básicas semanales ofrecidas en un entorno grupal durante un período de 6 meses. Una vez que complete las sesiones principales, recibirá 6 sesiones de seguimiento mensuales para ayudarle a mantener hábitos saludables.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no tiene que pagar por este programa si cumple con los requisitos.



## Terapia conductual de la obesidad

La terapia conductual para la obesidad incluye una evaluación inicial del índice de masa corporal (IMC) y sesiones de terapia conductual que incluyen una evaluación dietética y asesoramiento para ayudarle a perder peso centrándose en la dieta y el ejercicio. Medicare cubre exámenes de detección de obesidad y asesoramiento conductual si su médico de cabecera u otro proveedor de atención primaria ofrece el asesoramiento en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico), donde puede coordinar su plan personalizado con su otro cuidado.

### **¿Estoy cubierto?**

Medicare cubre exámenes de detección de obesidad y asesoramiento conductual si tiene un IMC de 30 o más.

### **¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga si su médico o proveedor acepta la asignación.



## **Vacunas neumocócicas**

La Parte B cubre inyecciones (o vacunas) neumocócicas para ayudar a proteger contra diferentes tipos de neumonía. Hable con su médico u otro proveedor para decidir qué vacunas son adecuadas para usted.

### **¿Estoy cubierto?**

Sí. Todas las personas con Medicare pueden recibir vacunas neumocócicas.

### **¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga si su proveedor acepta la asignación.



## **Profilaxis antes de la exposición (PrEP) para la prevención del VIH**

La Parte B cubre inyecciones (o vacunas) neumocócicas para ayudar a proteger contra diferentes tipos de neumonía. Hable con su médico u otro proveedor para decidir qué vacunas son adecuadas para usted.

### **¿Estoy cubierto?**

La Parte B cubre los medicamentos PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA y servicios relacionados si no tiene el VIH, pero su médico u otro proveedor determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH..

### **¿Con qué frecuencia?**

Si califica, puede obtener:

- Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen evaluación y reducción del riesgo de VIH y adherencia a la medicación) cada 12 meses.
- Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses.
- Una prueba de detección del virus de la Hepatitis B (es posible hacerse más pruebas si tiene un alto riesgo de contraer Hepatitis B o si está embarazada).

### **¿Cuáles son mis costos?**

Si recibe los medicamentos de la PrEP en una farmacia inscrita en la Parte B, no tendrá gastos de su bolsillo. Pídale a su médico u otro proveedor que incluya un código de diagnóstico en su receta para ayudar a la farmacia. Si está en un plan Medicare Advantage, no tendrá gastos de su bolsillo por la PrEP en las farmacias que están en la red de su plan.

Si su proveedor acepta la asignación, tampoco pagará nada de su bolsillo por los medicamentos inyectables de PrEP, pruebas de detección del VIH, Hepatitis B y sesiones de asesoramiento.

**Nota:** Comuníquese con su farmacia para asegurarse de que puedan facturar a la Parte B de Medicare. Si no, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la PrEP. La mayoría de las farmacias (incluidas las cadenas nacionales) pueden facturar a la Parte B, pero algunas farmacias más pequeñas no. Si su farmacia habitual no puede facturar a la Parte B, le ayudaremos a encontrar otra farmacia donde pueda obtener PrEP. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).



## Evaluación para la detección del cáncer de la próstata

Su médico u otro proveedor puede diagnosticar el cáncer de la próstata analizando la cantidad del PSA (Antígeno Prostático Específico) en la sangre. Otra manera de detectarlo es a través de examen dígito rectal realizado por su médico.

### ¿Estoy cubierto?

La Parte B cubre los exámenes rectales digitales y los análisis de sangre de PSA si tiene más de 50 años (a partir del día después de cumplir 50 años).

### ¿Con qué frecuencia?

- Examen rectal digital— Una vez cada 12 meses.
- Análisis de sangre PSA— Una vez cada 12 meses.

### ¿Cuáles son mis costos?

- **Exámenes digitales del recto:** Después de alcanzar el deducible de la Parte B, usted paga el 20% de la cantidad aprobada por Medicare por un examen digital del recto anual y por los servicios de su proveedor relacionados con el examen. En un ámbito para pacientes ambulatorios, también paga un copago aparte por la visita al hospital.
- **Prueba de sangre de PSA:** Usted no paga nada por una prueba anual de PSA en sangre. Si obtiene la prueba de un proveedor que no acepta la asignación, es posible que deba pagar una tarifa adicional por los servicios de su proveedor, pero no por la prueba en sí.

### ¿Estoy en riesgo?

Hable con su proveedor para averiguar si tiene riesgo de padecer cáncer de próstata.



## Evaluaciones y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual

La Parte B cubre las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual para clamidia, gonorrea, sífilis y/o Hepatitis B. Medicare también cubre sesiones de asesoramiento conductual para reducir el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

### ¿Estoy cubierto?

Medicare cubre las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual si está embarazada o tiene un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Medicare también cubre sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad si usted es un adulto sexualmente activo con mayor riesgo de contraer estas infecciones. Su médico primario u otro proveedor debe ordenar la prueba de detección o referirlo para asesoramiento conductual.

### ¿Con qué frecuencia?

Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual: Una vez cada 12 meses, o en ciertos momentos durante el embarazo. Asesoramiento conductual: Hasta 2 sesiones al año. Cada sesión puede durar de 20 a 30 minutos. Debe recibir las sesiones de asesoramiento con un proveedor en un entorno de cuidado primario (como el consultorio de un médico). La consejería brindada a los pacientes internados (como un centro de enfermería especializada), no será cubierta como un servicio preventivo.

### ¿Cuáles son mis costos?

Usted no paga si su proveedor acepta la asignación.



## Inyecciones o vacunas

Medicare cubre:

- Vacunas COVID-19: Vaya a la página 9.
- Vacunas contra la gripe: Vaya a la página 11.
- Vacunas contra la Hepatitis B: Vaya a la página 12.
- Vacunas antineumocócicas: Vaya a la página 18.
- Otras vacunas (como la del tétanos) cuando están relacionadas directamente con el tratamiento de una lesión o enfermedad. Estas no se consideran servicios preventivos.

La cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre todas las vacunas que recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP), incluidas ciertas vacunas de viaje (como la de la fiebre amarilla y chikungunya) vacunas contra el virus sincitial respiratorio (VRS), herpes zóster, tos ferina y más. Su plan de la Parte D no le cobrará un copago ni aplicará un deducible por las vacunas que recomienda el ACIP. Comuníquese con su plan de medicamentos de Medicare para obtener detalles y hable con su proveedor sobre cuáles son las adecuadas para usted.

**¿Estoy cubierto?**

Sí. Todas las personas con Medicare pueden recibir las vacunas contra COVID-19, gripe, Hepatitis B y neumococo.

**¿Cuáles son mis costos?**

Usted no paga por la mayoría de las inyecciones y vacunas.

**Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”****La visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” no es un examen físico.**

La Parte B cubre una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. La consulta es una manera excelente de ponerse al día con las evaluaciones, vacunas importantes y de hablar con su médico sobre su historial familiar y cómo mantenerse saludable.

**¿Estoy cubierto?**

Sí. Todas las personas con Medicare pueden obtener una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.

**¿Con qué frecuencia?**

Este servicio está cubierto una sola vez, y se lo debe hacer durante los 12 primeros meses de su inscripción en la Parte B.

**¿Qué sucede durante la visita?**

Durante la visita, su proveedor:

- Revisará su historial médico y social relacionado con su salud.
- Le ofrecerá información sobre servicios preventivos, incluidos ciertos exámenes de detección, inyecciones o vacunas (como la gripe, el neumococo y otras vacunas recomendadas).
- Calculará su índice de masa corporal (IMC).
- Le hará un examen de la vista simple.
- Revisará su riesgo potencial para la depresión.
- Le preguntará si quiere hablar sobre las instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas son un documento legal que le permite que usted ponga por escrito el tipo de cuidado y tratamiento que desea en caso de que llegado el momento, no pueda expresarlo por usted mismo.

- Revisará su riesgo potencial de sufrir un trastorno por uso de sustancias (como prescripción de opioides, consumo de alcohol o tabaco) y lo referirá para recibir tratamiento.
- Le dará un plan por escrito (como una lista de verificación) informándole qué exámenes de detección, vacunas y otros servicios preventivos necesita.
- Le dará referidos para otros cuidados según sea necesario.

Si tiene una receta actual de opioides, su proveedor también:

- Revisará sus posibles factores de riesgo de trastorno por consumo de opioides.
- Evaluará su nivel de dolor y su plan de tratamiento actual.
- Le ofrecerá información sobre opciones de tratamiento sin opioides.
- Revisará su riesgo para el trastorno por consumo de sustancias, consumo de alcohol y tabaco y le dará un referido para recibir tratamiento, si es necesario.

### **¿Qué debo llevar a la consulta?**

Cuando vaya para su consulta “Bienvenido a Medicare” lleve consigo:

- Su historial médico, incluido su informe de vacunación (si está consultando a un médico nuevo). Llame a su antiguo proveedor para obtener copias de sus registros médicos.
- Su historial médico familiar. Trate de enterarse de todo lo que pueda sobre el historial médico de su familia antes de ir a su cita. Toda información que pueda darle a su médico le ayudará a determinar si usted está a riesgo de ciertas enfermedades.
- La lista de los medicamentos recetados y de venta libre que está tomando, la frecuencia con la que los toma y el motivo.

### **¿Cuáles son mis costos?**

Si su proveedor acepta la asignación, usted no paga nada. El deducible de la Parte B no aplica. Sin embargo, es posible que deba pagar un coseguro y es posible que se aplique el deducible de la Parte B si su proveedor realiza pruebas o servicios adicionales durante la misma visita que Medicare no cubre bajo este beneficio preventivo. Si Medicare no cubre las pruebas o servicios adicionales (como un examen físico de rutina), es posible que deba pagar la cantidad total.



## **Visita anual de “Bienestar”**

### **La visita anual de “Bienestar” no es un examen físico.**

La Parte B cubre una visita anual de “Bienestar” para desarrollar o actualizar su plan personalizado para ayudarle a prevenir enfermedades e incapacidades, según su salud actual y factores de riesgo. Su médico u otro proveedor le pedirá que llene un cuestionario, llamado “Evaluación de Riesgos para la Salud”, como parte de esta visita. Responder estas preguntas puede ayudarles a usted y a su proveedor a desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado para ayudarle a mantenerse saludable y aprovechar al máximo su visita.

### ¿Qué sucede durante la visita?

Su visita puede incluir:

- Una revisión de su historial médico y familiar.
- Una revisión de sus recetas actuales.
- Mediciones de rutina (como altura, peso y presión arterial).
- Una evaluación cognitiva para buscar signos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer.
- Asesoramiento.
- Una evaluación de sus factores de riesgo de trastorno por uso de sustancias y referido para tratamiento, si es necesario.
- Un calendario de exámenes médicos (como una lista de verificación) para servicios preventivos apropiados.
- Planificación anticipada de cuidados.
- Una “Evaluación determinantes sociales de riesgos para la salud” opcional para ayudar a su proveedor a comprender sus necesidades sociales y su impacto en su tratamiento.

### ¿Estoy cubierto?

Si ha tenido la Parte B de Medicare durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual de “Bienestar”

### ¿Con qué frecuencia?

Una vez cada 12 meses. Su primera visita anual de “Bienestar” no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su inscripción en la Parte B o su visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario haber realizado una visita preventiva de “Bienvenido a Medicare” para calificar para una visita anual de “Bienestar”.

### ¿Cuáles son mis costos?

Si su proveedor acepta la asignación, usted no paga nada. El deducible de la Parte B no aplica. Sin embargo, es posible que deba pagar un coseguro y es posible que se aplique el deducible de la Parte B si su proveedor realiza pruebas o servicios adicionales durante la misma visita que Medicare no cubre bajo este beneficio preventivo. Si Medicare no cubre las pruebas o servicios adicionales (como un examen físico de rutina), es posible que deba pagar la cantidad total.

## Para más información sobre los servicios preventivos de Medicare

Puede obtener más información sobre los servicios preventivos de Medicare visitando [es.Medicare.gov/coverage/preventive-screening-services](https://www.medicare.gov/coverage/preventive-screening-services). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).

# Comunicaciones Accesibles de CMS

Medicare brinda ayuda y servicios auxiliares gratuitos, como publicaciones, documentos y comunicaciones, en braille, letra grande, CD de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible de CMS, no estará en desventaja por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que obtendrá tiempo adicional para tomar cualquier medida si hay un retraso en el cumplimiento de su pedido.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

**1. Llamar:**

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048

Para el Mercado: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325

**2. Envíenos un correo electrónico:** [altformatrequest@cms.hhs.gov](mailto:altformatrequest@cms.hhs.gov)

**3. Envíenos un fax:** 1-844-530-3676

**4. Enviar una carta a:**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Oficinas de Audiencias y Consultas (OHI)

7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20

Baltimore, MD 21244-1850

ATTN: Personal de Recursos de Accesibilidad al Cliente (CARS)

Su solicitud debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de información que necesita (si la conoce) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional.

**Nota:** Si está inscrito en Medicare Advantage o en un plan de medicamentos de Medicare, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con su oficina estatal de asistencia médica de Medicaid.

# Aviso sobre la discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan de manera alguna a ninguna persona por su raza, color, origen, incapacidad, sexo, o edad para la admisión, participación o recepción de los servicios y beneficios de cualquiera de sus programas y actividades, sean estos realizados por los CMS directamente o a través de un contratista de cualquier otra entidad con el que los CMS coordinen la realización de sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las maneras incluidas en este aviso si tiene alguna duda sobre cómo obtener información en un formato que pueda utilizar.

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o Planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

**1. En línea:**

[HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html)

**2. Por teléfono:**

Llame 1-800-368-1019. (TTY: 1-800-537-7697).

**3. Por escrito:** Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**  
**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid**  
7500 Security Blvd.  
Baltimore, MD 21244-1850

---

Asunto Oficial  
Penalidad por uso privado, \$300

## ¿Necesita una copia de este folleto en inglés?

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratuita, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048).



**Medicare**

La información contenida en este folleto describe el programa de Medicare al momento de su impresión. Pueden surgir cambios después de la impresión. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para la información más actualizada.

“Su Guía para los Servicios Preventivos de Medicare” no es un documento legal. Las pautas legales oficiales del programa de Medicare están descritas en las leyes, regulaciones y disposiciones correspondientes.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si cree que ha sido discriminado. Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048) para más información.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.