

APLICACION DE HEALTHWORKS PARA LA ESCALA DE TARIFAS

Lo que necesita proporcionar para aplicar:

- **Identificación válida con foto**
 - Ejemplos son Licencia de Conducir, Identificación del Estado, Pasaporte, Identificación de Estudiante
- **Tarjeta de Seguro Médico Privado, Tarjeta de Medicare Parte A y B, Parte D, o Tarjeta de Medicaid**
- **Para la solicitud de la escala de tarifas**
 - **Documentos requeridos para determinar el número de gente en su hogar:**
 - Declaración de impuestos del año más reciente
 - Si no declara impuestos, se requiere la verificación de domicilio para todos los miembros de la casa de edades 6 años o más.
 - ✓ Para verificar la dirección de los niños quien asisten a la escuela, proporcione una copia de los datos demográficos de su hijo que se puede obtener iniciando sesión en su portal escolar o por llamando a la secretaria de la escuela de su hijo(a).
 - Documentación legal para cualquier persona a la que el paciente o tutor esté legalmente obligado a cuidar
 - Si no puede proporcionar una copia de su declaración de impuestos más reciente o si no presentó y necesita solicitar una **verificación de no presentación**, comuníquese con la oficina del IRS al (844)545-5640 para hacer una cita a 5353 Yellowstone Road (2^{do} piso).
 - **Para documentar los ingresos del hogar, si pertenece a su hogar, los documentos requeridos se incluye sino no es limitado a:**
 - Los últimos 30 días de talones de cheques
 - Si trabaja por cuenta propia: proporcione la declaración de impuestos más reciente en los últimos 12 meses con el programa C adjunto, o el formulario de autoempleo completo de HealthWorks
 - Forma de Declaración del Empleador- si está empleado recientemente o no puede proporcionar talones de cheques
 - Carta del año actual de Beneficios del Seguro Social
 - Desempleo, o Carta del Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral
 - Estado de Compensación de Trabajadores
 - Beneficio para Veteranos
 - Pensión Alimenticia
 - Ingreso de Renta
 - Jubilación
 - **Si no tiene ingresos, aceptaremos por lo menos unos de los siguientes:**
 - Una copia negada de la carta de desempleo y una copia de la historial de trabajo del Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral
 - Una carta verificando una estancia reciente en un refugio, u otro tipo de instalación pública
 - Una declaración escrita de su médico que documenta la discapacidad temporal
 - Formulario de HealthWorks de Atestación para Personas Sin Hogar

***Si nada de lo anterior está disponible, completa la forma de Declaración de Ingresos de HealthWorks.**

TENGA EN CUENTA: Cada agencia puede tener diferentes reglas de elegibilidad, requisitos y tarifas de servicio.

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|---|--|--|--|---|--|
| ¿Qué idioma habla? ▪ Inglés ▪ Español ▪ Otro _____ ¿Qué idioma escribe? ▪ Inglés ▪ Español ▪ Otro _____ ¿Alguien le ayudo a llenar esta solicitud? ▪ Sí ▪ No <b style="color: red;">IF YOU NEED THIS FORM IN ENGLISH, PLEASE LET US KNOW. | | Fecha de Hoy | | Sólo Uso de Agencia: ▪ A ▪ B ▪ C ▪ D ▪ E ▪ F ▪ G ▪ 100% (Paciente Paga) Ingresos Anuales \$ _____ Número de Miembros del hogar: _____ Elegible de: _____ hasta: _____ | | | | | | | | | |
| Apellido Legal | | Primer Nombre, Segundo Nombre | | Fecha de Nacimiento | | Sexo ▪ M ▪ F | | Otros Nombres/Apellido de Soltera | | | | | |
| Domicilio Físico | | Ciudad | | Estado | | Código postal | | Condado | | | | | |
| Domicilio de Correspondencia | | Ciudad | | Estado | | Código postal | | Condado | | | | | |
| Número Telefónico de Casa | | Número Telefónico para Mensajes | | ¿Es usted Ciudadano de los EUA? ▪ Sí ▪ No | | Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Nunca me he casado <input type="checkbox"/> Casado(a) ▪ Viudo(a) ▪ Separado(a) Legalmente ▪ Divorciado(a) ▪ Menor de edad | | | | | | | |
| Número Telefónico de Celular | | ¿Podemos dejarle un mensaje de correo de voz para futuras citas? ▪ Si ▪ No | | Correo Electrónico | | | | | | | | | |
| Raza (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Afroamericano ▪ Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Nativo de Las Islas Pacificas ▪ Asiático <input type="checkbox"/> Otra Raza/Multi Racial ▪ Blanco ▪ Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No Disponible | | | | Etnicidad (marque uno) <input type="checkbox"/> No soy Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No Disponible | | | | Información del Hogar (marque uno) <input type="checkbox"/> Dueño/a ▪ Renta <input type="checkbox"/> HUD/CHA ▪ Libre de Renta <input type="checkbox"/> ¿No tengo hogar-Cuánto tiempo? | | ¿Es usted un Veterano? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No en Combate <input type="checkbox"/> Combate | | | |
| Estatus de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo ▪ Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta ▪ Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante ▪ Discapacitado ▪ Retirado(a) <input type="checkbox"/> Trabajo Temporal | | Nombre del Empleador | | | | Número de teléfono del Empleador | | | | | | | |
| | | Dirección del Empleador | | | | Fecha en la que fue Contratado(a) | | | | | | | |
| ¿Esta un(a) dependiente en los impuestos de alguien más? Si así es, escriba el nombre de la persona quien se reclamará en los impuestos. | | | | Lugar de Nacimiento del Paciente (Ciudad, Condado, Estado) | | ¿Cuánta gente son en su hogar financiero? | | | | | | | |
| Tipo de Ingreso/Salario Mensual ▪ Salario Mensual \$ _____ ▪ Trabajo por su cuenta \$ _____ ▪ Compensación a Trabajadores \$ _____ ▪ Beneficios de Desempleo \$ _____ ▪ Seguro Social/SSI \$ _____ ▪ Beneficios Militares/Veteranos \$ _____ | | | | ▪ Pensión/Jubilación \$ _____ ▪ Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ ▪ Pensión Alimenticia \$ _____ ▪ Ingresos de Renta \$ _____ ▪ Otro \$ _____ ▪ Marque aquí si No ingreso | | | | Ingreso Anual Estimado: Si tiene seguro médico o paga sin descuentos y no pedirá asistencia financiero, por favor, escriba su ingreso estimado: \$ _____ | | | | ¿Cómo supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Paciente Existente ▪ Otra Manera <input type="checkbox"/> Referencia de otro Proveedor <input type="checkbox"/> Referencia de la Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales ▪ Guía de Compradores/Anuncios | |

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| ¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de póliza: _____ | ¿Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de póliza: _____ | ¿Kid Care CHIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de póliza: _____ | ¿Tiene cobertura de Recetas Médicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene cobertura de Recetas Médicas del Programa de Asistencia de Drogas y Recetas (PDAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Si está desempleado, ¿tiene usted cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|---|
| Compañía de Seguro Médico | | Identificación del Suscriptor | Número de Identificación del Grupo |
| Nombre del titular de la Póliza | Fecha de Nacimiento del titular ____/____/____ | Relación al Paciente | Número de Seguro Social del titular |
| Dirección de Facturación de Reclamos | Número telefónico de servicio al cliente (____) _____ - _____ | Empleador | Número telefónico del empleador (____) _____ - _____ |

| | | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|---|
| Segundo Proveedor de Seguro Médico | | Identificación del Suscriptor | Número de Identificación del Grupo |
| Nombre del titular de la Póliza | Fecha de Nacimiento del titular ____/____/____ | Relación al Paciente | Número de Seguro Social del titular |
| Dirección de Facturación de Reclamos | Número telefónico de servicio al cliente (____) _____ - _____ | Empleador | Número telefónico del empleador (____) _____ - _____ |

¿Está buscando cuidado médico como resultado de un accidente? Sí No **Si es así, por favor conteste las siguientes preguntas...**

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| Fecha del accidente ____/____/____ | ¿Fue accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El accidente es relacionado a su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Dónde ocurrió el accidente? |
| Número de Compensación al Trabajador: | Si es accidente automovilístico, Nombre de Compañía de Seguro de auto y número de póliza: | | ¿Tiene usted un abogado y/o Liquidaciones/Acuerdos Monetarios pendientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

ASIGNACION Y LIBERACION: Yo autorizo a HEALTHWORKS a divulgar información médica como sea necesario para recibir compensación y asignar todos los beneficios, si es que haya algunos, directamente a HEALTHWORKS que de otra manera me fueran pagadores por los servicios prestados. Yo comprendo que HEALTHWORKS también podrá divulgar información médica sobre mí a médicos u otros proveedores de cuidado medico que puedan estar involucrados en mi cuidado continuo. Yo entiendo que esta autorización estará en vigencia por doce (12) meses. Si yo decido solicitar cuidados médicos con otro proveedor, yo entiendo que los tratamientos e información podrán ser compartidos con mi seguro o Compañías médicas. Yo comprendo que HEALTHWORKS presentara una reclamación inicial con Medicare, Medicaid, Seguro Médico Privado, o cualquier tercera persona responsable económicamente, eso es si he proveído y firmado la información y/o formas. Yo comprendo que soy financieramente responsable por todos los cobros a mi nombre, sin importar si los cubra o no mi proveedor de seguro médico. También acepto ser responsable de pagar cualquier servicio prestado si mi seguro médico toma más de sesenta (60) días después del servicio para pagar, empezando con la fecha que se prestó el servicio. Si esto ocurre, yo seré responsable de buscar y recibir reembolso de mi compañía de seguro médico. Yo autorizo el uso de esta firma en todo reclamo sometido a mi seguro médico. Yo entiendo que, si fallo en hacer un esfuerzo de buena fe a mantener mi cuenta al corriente, HEALTHWORKS reserva el derecho a negarme servicio médico no crítico y entrar en contrato con una agencia de cobranzas para cobrar cualquier saldo pendiente

Firma de la Persona Responsable: _____ **Nombre del Paciente:** _____

Relación al Paciente: _____ **Fecha:** _____

Miembros Adicionales del Hogar Financiero

Cuéntanos sobre cada miembro adicional del hogar financiero: Por favor, enumere a todos los miembros del hogar reclamados en su declaración de impuestos.

(Utilice páginas adicionales si es necesario.)

| Miembro del hogar (relación con el solicitante) | | ¿Tiene seguro médico? | Tipo de ingresos de este miembro de familia. Se incluye ingresos mensuales (antes de los impuestos y deducciones). | | | |
|--|---|---|--|------------------------------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja ▪ Hijo(a) ▪ Hijastro(a) ▪ Hermano(a) ▪ Padre/Madre ▪ Padraastro/Madrastra ▪ Otro: _____ | Sexo ▪ M ▪ F Fecha de Nacimiento ____/____/____ NSS: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid ▪ _____ | ▪ Salario Mensual \$ _____ | ▪ Dineros del Fondo \$ _____ | ▪ Trabajo por su Cuenta \$ _____ ▪ Compensación a Trabajadores \$ _____ ▪ Beneficios de Desempleo \$ _____ ▪ Seguro Social/SSI \$ _____ ▪ Beneficios Militares/Veteranos \$ _____ ▪ Pensión/Jubilación \$ _____ | ▪ Fiduciario \$ _____ ▪ Pensión Alimenticia \$ _____ ▪ Ingresos de Renta \$ _____ ▪ Ingresos de Inversiones \$ _____ ▪ Otro \$ _____ ▪ Sin Ingresos |
| | ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? ▪ Sí ▪ No | | Apellido _____ Primer Nombre Segundo | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja ▪ Hijo(a) ▪ Hijastro(a) ▪ Hermano(a) ▪ Padre/Madre ▪ Padraastro/Madrastra ▪ Otro: _____ | Sexo ▪ M ▪ F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid ▪ _____ | ▪ Salario Mensual \$ _____ | ▪ Dineros del Fondo \$ _____ | ▪ Trabajo por su Cuenta \$ _____ ▪ Compensación a Trabajadores \$ _____ ▪ Beneficios de Desempleo \$ _____ ▪ Seguro Social/SSI \$ _____ ▪ Beneficios Militares/Veteranos \$ _____ ▪ Pensión/Jubilación \$ _____ | ▪ Fiduciario \$ _____ ▪ Pensión Alimenticia \$ _____ ▪ Ingresos de Renta \$ _____ ▪ Ingresos de Inversiones \$ _____ ▪ Otro \$ _____ ▪ Sin Ingresos |
| | ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? ▪ Sí ▪ No | | Apellido _____ Primer Nombre Segundo | | | |

Se continúe los Miembros del Hogar:

Por favor, enumere a todos los miembros del hogar reclamados en su declaración de impuestos. (Utilice páginas adicionales si es necesario.)

| Miembro del hogar (relación con el solicitante) | ¿Tiene seguro médico? | Tipo de ingresos de este miembro de familia. Se incluye ingresos mensuales (antes de los impuestos y deducciones). |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja ▪ Hijo(a) ▪ Hijastro(a) ▪ Hermano(a) ▪ Padre/Madre ▪ Padrastro/Madrastra ▪ Otro: _____ <hr/> Apellido <hr/> Primer Nombre Segundo | Sexo M F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? ▪ Sí ▪ No | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid ▪ _____ ▪ Salario Mensual \$ _____ ▪ Trabajo por su Cuenta \$ _____ ▪ Compensación a Trabajadores \$ _____ ▪ Beneficios de Desempleo \$ _____ ▪ Seguro Social/SSI \$ _____ ▪ Beneficios Militares/Veteranos \$ _____ ▪ Pensión/Jubilación \$ _____ ▪ Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ ▪ Pensión Alimenticia \$ _____ ▪ Ingresos de Renta \$ _____ ▪ Ingresos de Inversiones \$ _____ ▪ Otro \$ _____ ▪ Sin Ingresos |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja ▪ Hijo(a) ▪ Hijastro(a) ▪ Hermano(a) ▪ Padre/Madre ▪ Padrastro/Madrastra ▪ Otro: _____ <hr/> Apellido <hr/> Primer Nombre Segundo | Sexo M F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? ▪ Sí ▪ No | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid ▪ _____ ▪ Salario Mensual \$ _____ ▪ Trabajo por su Cuenta \$ _____ ▪ Compensación a Trabajadores \$ _____ ▪ Beneficios de Desempleo \$ _____ ▪ Seguro Social/SSI \$ _____ ▪ Beneficios Militares/Veteranos \$ _____ ▪ Pensión/Jubilación \$ _____ ▪ Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ ▪ Pensión Alimenticia \$ _____ ▪ Ingresos de Renta \$ _____ ▪ Ingresos de Inversiones \$ _____ ▪ Otro \$ _____ ▪ Sin Ingresos |

Se continúe los Miembros del Hogar:

Por favor, enumere a todos los miembros del hogar reclamados en su declaración de impuestos. (Utilice páginas adicionales si es necesario.)

| Miembro del hogar (relación con el solicitante) | ¿Tiene seguro médico? | Tipo de ingresos de este miembro de familia. Se incluye ingresos mensuales (antes de los impuestos y deducciones). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-------------------|----------|--------------------------------|----------|-------------------------|----------|-----------------------|----------|-------------------------------|----------|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|----------|--------|----------|----------------------------------|----------|----------------|----------|----------------------|----------|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja ▪ Hijo(a) ▪ Hijastro(a) ▪ Hermano(a) ▪ Padre/Madre ▪ Padrastro/Madrastra ▪ Otro: _____ <hr/> Apellido _____ <hr/> Primer Nombre Segundo | <p>Sexo • M • F</p> <p>Fecha de Nacimiento ____/____/____</p> <p>SS: ____/____/____</p> <p>¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? • Sí • No</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid ▪ _____</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">▪ Salario Mensual</td> <td style="width: 15%;">\$ _____</td> <td style="width: 33%;">▪ Dineros del Fondo Fiduciario</td> <td style="width: 15%;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Trabajo por su Cuenta</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Pensión Alimenticia</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Compensación a Trabajadores</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Ingresos de Renta</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Beneficios de Desempleo</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Ingresos de Inversiones</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Seguro Social/SSI</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Otro</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Beneficios Militares/Veteranos</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Sin Ingresos</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Pensión/Jubilación</td> <td>\$ _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | ▪ Salario Mensual | \$ _____ | ▪ Dineros del Fondo Fiduciario | \$ _____ | ▪ Trabajo por su Cuenta | \$ _____ | ▪ Pensión Alimenticia | \$ _____ | ▪ Compensación a Trabajadores | \$ _____ | ▪ Ingresos de Renta | \$ _____ | ▪ Beneficios de Desempleo | \$ _____ | ▪ Ingresos de Inversiones | \$ _____ | ▪ Seguro Social/SSI | \$ _____ | ▪ Otro | \$ _____ | ▪ Beneficios Militares/Veteranos | \$ _____ | ▪ Sin Ingresos | \$ _____ | ▪ Pensión/Jubilación | \$ _____ | | |
| ▪ Salario Mensual | \$ _____ | ▪ Dineros del Fondo Fiduciario | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Trabajo por su Cuenta | \$ _____ | ▪ Pensión Alimenticia | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Compensación a Trabajadores | \$ _____ | ▪ Ingresos de Renta | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Beneficios de Desempleo | \$ _____ | ▪ Ingresos de Inversiones | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Seguro Social/SSI | \$ _____ | ▪ Otro | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Beneficios Militares/Veteranos | \$ _____ | ▪ Sin Ingresos | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Pensión/Jubilación | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pareja ▪ Hijo(a) ▪ Hijastro(a) ▪ Hermano(a) ▪ Padre/Madre ▪ Padrastro/Madrastra ▪ Otro: _____ <hr/> Apellido _____ <hr/> Primer Nombre Segundo | <p>Sexo • M • F</p> <p>Fecha de Nacimiento ____/____/____</p> <p>SS: ____/____/____</p> <p>¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? • Sí • No</p> | <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid ▪ _____</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">▪ Salario Mensual</td> <td style="width: 15%;">\$ _____</td> <td style="width: 33%;">▪ Dineros del Fondo Fiduciario</td> <td style="width: 15%;">\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Trabajo por su Cuenta</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Pensión Alimenticia</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Compensación a Trabajadores</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Ingresos de Renta</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Beneficios de Desempleo</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Ingresos de Inversiones</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Seguro Social/SSI</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Otro</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Beneficios Militares/Veteranos</td> <td>\$ _____</td> <td>▪ Sin Ingresos</td> <td>\$ _____</td> </tr> <tr> <td>▪ Pensión/Jubilación</td> <td>\$ _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | ▪ Salario Mensual | \$ _____ | ▪ Dineros del Fondo Fiduciario | \$ _____ | ▪ Trabajo por su Cuenta | \$ _____ | ▪ Pensión Alimenticia | \$ _____ | ▪ Compensación a Trabajadores | \$ _____ | ▪ Ingresos de Renta | \$ _____ | ▪ Beneficios de Desempleo | \$ _____ | ▪ Ingresos de Inversiones | \$ _____ | ▪ Seguro Social/SSI | \$ _____ | ▪ Otro | \$ _____ | ▪ Beneficios Militares/Veteranos | \$ _____ | ▪ Sin Ingresos | \$ _____ | ▪ Pensión/Jubilación | \$ _____ | | |
| ▪ Salario Mensual | \$ _____ | ▪ Dineros del Fondo Fiduciario | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Trabajo por su Cuenta | \$ _____ | ▪ Pensión Alimenticia | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Compensación a Trabajadores | \$ _____ | ▪ Ingresos de Renta | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Beneficios de Desempleo | \$ _____ | ▪ Ingresos de Inversiones | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Seguro Social/SSI | \$ _____ | ▪ Otro | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Beneficios Militares/Veteranos | \$ _____ | ▪ Sin Ingresos | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ▪ Pensión/Jubilación | \$ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

APLICACION PARA LA ESCALA DE TARIFAS DEL DESCUENTO (CONTINUADO)

LOS HOGARES SIN INGRESO:

Si no hay ingreso en el hogar financiero, por favor indique cuál de los siguientes puede proveer como documentación:

- Una copia de la carta rechazándole los Beneficios de Desempleo y una copia del historial de empleo del Departamento de Servicios de la Fuerza Laboral
- Una copia del Departamento de Servicios Familiares demostrando su elegibilidad para el programa SNAP (Estampillas de comida) del estado de WY.
- Una carta del refugio, o de algún albergue.
- Una carta escrita por su médico documentando una discapacidad y cuánto tiempo va durar la condición mental/físico.
- Declaración de Ingresos.

CADA PACIENTE: CONTINUACION DE SEGURO MEDICO (COBRA Y PREGUNTAS DE LA CUENTA

| | | |
|--|------|------|
| ¿Le podemos proveer información sobre nuestros acuerdos de plan de pagos? | ▪ Sí | ▪ No |
| Si ha perdido empleo dentro de 60 días, ¿tenía seguro médico mientras su empleo? | ▪ Sí | ▪ No |
| ¿Es usted elegible para beneficios para continuar su seguro médico (COBRA)? Escriba el nombre de su empleador | ▪ Sí | ▪ No |
| ¿Es usted incapaz de obtener un seguro médico debido a una condición preexistente? | ▪ Sí | ▪ No |
| ¿Usted alguna vez se ha declarado en bancarrota o tiene intención de hacerlo? Si es así, ¿En qué Estado? _____ ¿Numero de Caso? _____ ¿Fecha del expediente? _____ ¿Fecha de rehabilitación? _____ | ▪ Sí | ▪ No |
| ¿La razón causante fue por facturas médicas? | ▪ Sí | ▪ No |
| ¿Desea que compartamos su elegibilidad de escala de tarifas móviles con cualquiera de los siguientes socios? ¿ Cuales agencias? | ▪ Sí | ▪ No |
| <input type="checkbox"/> Clínica HealthWorks <input type="checkbox"/> Programa de Residencia de la Universidad de Wyoming <input type="checkbox"/> Farmacia de HealthWorks <input type="checkbox"/> Centro Médico Regional de Cheyenne <input type="checkbox"/> Grupo de Médicos Cheyenne <input type="checkbox"/> Voluntarios de America | | |

Mi firma indica que toda la información que he provisto es verdadera y correcta. Por lo presente, le doy permiso a esta agencia a obtener y compartir toda la información que les he provisto con el propósito de determinar mi elegibilidad para asistencia. Yo comprendo que, si fallo en revelar cobertura de Seguro Médico para servicios o cualquier ingreso en el hogar, me excluirá de recibir descuentos, y las agencias donde solicite descuentos tienen todo el derecho legal para cobrar el total de cobranzas facturadas.

Firma de la Persona Responsable: _____ **Nombre del Paciente:** _____

Relación al Paciente: _____ **Fecha:** _____

PREGUNTAS DE RECURSOS Y BENEFICIOS PÚBLICOS

HealthWorks Provee educación adicional y asistencia de inscribir a servicios que puedan beneficiar usted y los miembros de su hogar. Por favor conteste las preguntas para ayudarnos a ayudarlos.

¿Es usted o alguien en su hogar elegible para beneficios de Medicaid? • No sé. • No • SíSi **NO**, por favor responda a las siguientes secciones:

¿Alguno de los siguientes aplica a usted o a alguien en su hogar?

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niños sin seguro médico, menores de 19 años de edad <input type="checkbox"/> Adulto sin seguro médico con niños menores de 19 años de edad <input type="checkbox"/> Mujer embarazada sin seguro médico <input type="checkbox"/> Mujeres con aborto espontáneo en los últimos 90 días. <input type="checkbox"/> Adulto sin seguro médico con 65 años o mayores. <input type="checkbox"/> Adulto sin seguro médico que es mayor, ciego, y discapacitado <input type="checkbox"/> Mujer sin seguro médico diagnosticada con cáncer de mama o cervical <input type="checkbox"/> Individuo sin seguro médico diagnosticado con tuberculosis <input type="checkbox"/> Mujer que acaba de dar a luz en los últimos 3 meses y recibió beneficios por parte La Programa Mujer Embarazada | <input type="checkbox"/> Beneficiario de Medicare <input type="checkbox"/> Recibe beneficios de la Seguridad Social incluyendo Supplemental Security Income no inscrito en Medicaid o Mercado <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> DADS Making a Difference <input type="checkbox"/> SNAP (estampillas de comida) <input type="checkbox"/> NEEDS, Inc. Despensa de Alimentos | <input type="checkbox"/> Asistencia de Casa <input type="checkbox"/> (LIEAP) Asistencia Eléctrica de Energía <input type="checkbox"/> CHA Utility Allowance <input type="checkbox"/> TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) <input type="checkbox"/> Recientemente desempleado <input type="checkbox"/> My Front Door <input type="checkbox"/> Safehouse <input type="checkbox"/> CLIMB Wyoming |
|--|--|--|

Por favor conteste las siguientes preguntas:

| | |
|---|---|
| ¿Cómo se está manteniendo? | |
| ¿Dónde durmió usted anoche? | |
| ¿Cuál es la fecha de su último día de empleo? | |
| ¿Dónde fue su último empleo? | |
| ¿Cómo llegó aquí hoy? | |
| ¿Dónde comió su última comida? | |
| ¿Usted recibe asistencia pública? | |
| ¿Alguien le da dinero mensualmente para sus gastos? | <input type="checkbox"/> Sí Cantidad mensual? \$ _____ . _____ <input type="checkbox"/> No |

Firma de la Persona Responsable: _____ **Nombre del Paciente:** _____

Relación al Paciente: _____ **Fecha:** _____

Centro de Salud y Bienestar De Cheyenne (CHWC)
(DBA: HealthWorks y Programa de Asistencia con Medicamentos (PAP))

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Consentimiento de cuidado médico y salud: Yo voluntariamente doy consentimiento y autorizo a HealthWorks, a los empleados, agentes, y afiliados, a proveer el cuidado médico (incluyendo evaluación, procedimientos diagnosticados, y tratamientos médicos), si se consideran necesarios y apropiados por mi médico. CHWC periódicamente conduce un programa de entrenamiento para profesionales de salud. Estas personas pueden estar observando o participando en el tratamiento de CHWC. Ellos estarán bajo la dirección de un profesional con licencia. Yo entiendo que tengo el derecho a negarme a que los entrenadores o estudiantes participen en mi cuidado.

Registro de inmunización de Wyoming: Yo entiendo que el estado de Wyoming mantiene una registración de inmunizaciones. Los beneficios de la registración son para prevenir una duplicación de inmunizaciones, proveer notificaciones a tiempo de las inmunizaciones que se necesitan, y para servir como respaldo en caso de que usted extravíe el récord de las vacunas. Récorde de inmunizaciones son solamente accesibles por los proveedores de cuidado autorizados, y escuelas.

- Yo autorizo a CHWC a meter información acerca de mi o de mi Hijo(a) de las inmunizaciones al registro de vacunas de Wyoming.
 Yo **NO** deseo participar en el programa de registro de Wyoming, y pido que remuevan las inmunizaciones del registro de vacunas de Wyoming.

Imprimir Nombre del Paciente: _____

Firma del Paciente o de la Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____

Si el Paciente no puede firmar, o es menor de edad, indique su relación con el Paciente: _____

Información del Contacto de Emergencia: En caso de Emergencia, a quien podemos contactar?

Nombre: _____ **Número de Teléfono:** (_____) _____ - _____ **Relación al Paciente:** _____

RECONOCIMIENTO DE NOTICIA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

CHWC está comprometido a proteger la confidencialidad de su información médica, y esta requerido por la ley hacerlo. El aviso de practica de privacidad (NPP) describe como nosotros podemos usar y revelar su información de salud protegida para llevar acabo el tratamiento, el pago, o operaciones de salud, y para otros propósitos que son permitidos, o requeridos por la ley. También describe sus derechos para controlar y tener acceso a su información de salud. Al firmar mi nombre abajo, yo reconozco que me han proveído una copia de la NPP, y que e leído (tuve la oportunidad de leer, si escogió), y entender la NPP, y acordar con los términos.

Firma del Paciente o de la Persona Responsable: _____ **Fecha:** _____



Acuerdo de “Paciente No Se Presento” para Citas Dentales

La atención de calidad para nuestros pacientes es nuestra prioridad. Por favor, tómese unos minutos para revisar nuestra póliza de “Paciente No Se Presento”, y firmar en la parte inferior del formulario para confirmar su aceptación ante este acuerdo. Si tiene alguna pregunta, por favor háganoslo saber.

Definición de una cita de “Paciente No Se Presento”

HealthWorks define una cita de “Paciente No Se Presento” como lo siguiente:

- No llega a la cita
- Cancela con menos de 24 horas de aviso a la hora programada para la cita
- Llega más de 15 minutos tarde, y por lo tanto, no puede ser visto

Impacto de una cita de “Paciente No Se Presento”

Las citas de “Paciente No Se Presento” tienen un impacto negativo en nuestra práctica, y en la atención que médicamente brindamos a nuestros pacientes. Cuando un paciente no se presenta a una cita programa:

- Potencialmente afecta la salud del paciente que no se presento
- Es injusto, y frustrante para otros pacientes porque alguien más pudo ver usado esa cita
- No respeta no solo el tiempo del proveedor, sino también el tiempo de todo el personal de la clínica

Cómo evitar un “Paciente No Se Presento”

1. **Confirme** su cita
2. **Llegue** 5-10 minutos antes
3. De **24 horas** de aviso para cancelar la cita

1. Confirmación de Cita:

HealthWorks intentará ponerse en contacto con usted hasta dos (2) días hábiles antes de su cita programada por teléfono, o texto para confirmar su cita. También se le da la oportunidad de cancelar en ese momento.

2. Llegar siempre 5-10 minutos antes de su cita programada:

Cuando programe una visita al consultorio con nosotros, por favor llegue a nuestra clínica 5-10 minutos antes de su visita programada. Esto le permite tiempo para que usted y nuestro personal aborden cualquier pregunta, o completen cualquier documentación necesaria antes de la visita programada.

3. *Notifique las 24 horas si necesita cancelar:*

Cuando necesite cancelar, o volver a reservar una visita programada, esperamos que se ponga en contacto con nuestra oficina a más tardar 24 horas antes de la visita programada. Esto nos permite una cantidad razonable de tiempo para determinar la manera más apropiada de reprogramar su atención, así como darnos la oportunidad de volver a reservar la cita ahora vacante con otro paciente. Si es menos de 24 horas antes de su cita y algo surge, por favor denos la cortesía de una llamada telefónica para que podamos entender y posiblemente ayudar.

Consecuencias de las citas “Paciente No Se Presento”

- Si no se presenta a una cita, no se le pondrá en nuestra lista de espera para programar antes.
- Si no se presenta a su cita individual, es su responsabilidad llamar, y reprogramar para la próxima hora de la cita disponible.
- Si usted no se presenta a una cita en su plan de tratamiento, todas las visitas restantes en su plan de tratamiento pueden ser canceladas, y es su responsabilidad llamar, y reprogramar para la próxima(s) hora(s) de cita disponibles.

Si no tiene tres (3), o más citas dentro de un año (365 días) puede ser despedido de la clínica.

1. El despido del paciente queda a discreción de su proveedor dental.
- 2. Si usted es despedido de la clínica, sus citas programadas restantes serán canceladas.**
3. Su proveedor dental considerará la nueva aplicación a la clínica después de un período de seis meses después de la carta de despido inicial.

He leído y entendido el Acuerdo de “Paciente No Se Presento” para Citas Dentales de HealthWorks como se describió anteriormente.

Firma del Paciente

Fecha



*****ESTA FORMA ES OPCIONAL,
PORFAVOR DE LEER
COMPLETAMENTE*****

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Para que HealthWorks comparta su información de salud con un miembro de la familia (como un cónyuge, padre, hijo, amigo); primero debe dar permiso por escrito a HealthWorks para hacerlo. Al llenar y firmar este formulario, usted da ese permiso. Healthworks puede compartir su información de salud con las personas cuyos nombres ha enumerado en la sección "CONTACTO".

Nombre del Paciente: _____
Dirección de la calle: _____
Ciudad, Estado, y Código Postal: _____
Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ **Teléfono alternativo:** (_____) _____ - _____

Por el presente autorizo a HealthWorks a divulgar información de salud a los siguientes contactos:

CONTACTO #1

NOMBRE: _____ **RELACION AL PACIENTE:** _____
Dirección de la calle: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____ - _____

CONTACTO #2

NOMBRE: _____ **RELACION AL PACIENTE:** _____
Dirección de la calle: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono de casa: (_____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (_____) _____ - _____

La información que puede ser divulgada o discutida:

- Toda mi información**
- Toda mi información (excepto VIH, salud mental y abuso de sustancias)**

Entiendo que la información divulgada por esta autorización, excepto el Abuso de Alcohol y Drogas como se define en 42 CFR Parte 2, puede estar sujeta a la revelación por parte del receptor y ya no puede estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico Regla de Privacidad [45 CFR Parte 164], y la Ley de Privacidad de 1974 [5 USC 552a].

Al firmar este formulario, entiendo que HealthWorks puede discutir problemas de atención médica pasados, presentes o futuros con estos contactos empezando con la fecha de firmar y no puede durar más que un año de firmar a menos que indicado aquí: Fecha de terminación: ____/____/____ (fecha de terminación no puede exceder más de 1 año)

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____