



Cita: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_: \_\_\_\_ AM/PM  
Fecha tiene que ser completado por: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FORMULARIO COMÚN DEL CONDADO DE LARAMIE PARA LA ESCALA DE TARIFAS

### Lo que usted necesita tener para aplicar: Debera entregar los documentos entre 10 dias de negocio de la fecha de la aplicacion

- **Identificación con Foto**
  - Ejemplos: Licencia de conducir, matricula consular, pasaporte, o identificación de estudiante
- **Tarjeta de Seguro Médico Privado, Medicare A o B, Medicare Parte D, Medicaid o Equality Care**
- **Estudiante:** presentar una copia de la forma 1098-T del colegio o universidad a la cual usted atiende.
- **Comprobante de Domicilo:**
  - Ejemplos- una factura de servicios publicos o medica con su nombre y su direccion de domicilio, recibo de renta con su nombre y direccion de domicilio, comprobante de que esta viviendo en un albergue o en un centro de tratamiento residencial
- **Verificación de Ingresos**

Para poder determinar en qué nivel califica usted en la escala de tarifas, debemos determinar el ingreso total del hogar.

▪ El hogar de define como:

- Todas las personas incluidas en su declaración de impuestos
- O cualquier persona que el paciente sea el tutor legal.

Para determinar el ingreso total del hogar los siguientes documentos son requeridos:

- Declaración de Impuestos más reciente
- Si no puede proveer una copia de la Declaración de Impuestos, puede hacer una cita en el edificio del IRS llamando al (844)545-5640 para solicitar su forma verificando que no hizo los impuestos.
- Si sus ingresos han cambiado desde su última Declaración de Impuestos, por favor también incluya:
- Talones de cheque más recientes, carta de beneficios del seguro o pension, carta de Beneficios de Desempleo, o carta de Compensación a Trabajadores de los últimos 90 días.

▪ Si usted no tiene ingresos económicos, por favor incluya:

- Una copia de Beneficios de Desempleo negados
- Una copia de Departamento de Servicios Familiares verificando su elegibilidad para el programa SNAP (estampillas de comida) de Wyoming
- Una carta del refugio COMEA, verificando una estancia reciente
- Documentacion verificando que recibe beneficios de vivienda
- Una carta escrita por su médico documentando una deshabilitad temporal
- Si no tiene ninguna de estas formas disponibles, por favor llene una declaracion de ingresos.

**POR FAVOR NOTE: Cada agencia ha aprobado usar una forma consistente de coleccionar información, pero cada agencia tiene diferentes reglas de elegibilidad o cobros por servicios.**



### INFORMACION DEL SOLICITANTE

¿Qué idioma <u>habla</u> ? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Qué idioma <u>escribe</u> ? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Alguien le ayudó a llenar esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <p style="text-align: center; color: red;"><b>IF YOU NEED THIS FORM IN ENGLISH, PLEASE LET US KNOW.</b></p>		<b>Fecha de Hoy</b>  <b>Número de Seguro Social</b>		<b>Agency Use Only:</b> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> 100% SELF PAY Annual Income \$ _____ Household size _____ Eligible from _____ thru _____	
Apellido Legal	Primer Nombre, Inicial del 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 de Mensaje	¿Es usted ciudadano de los EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Estado Civil <input type="checkbox"/> Nunca me he casado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Menor de edad	
Número Telefónico de Celular	Número Telefónico de Trabajo	Correo electrónico			
Raza (marque uno) <input type="checkbox"/> Áfrico-Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano / Nativo De las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro raza / Multé Racial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> No disponible		Etnicidad (marque uno) <input type="checkbox"/> No-Hispano <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 <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> HUD/CHA <input type="checkbox"/> No tiene hogar <input type="checkbox"/> Libre de renta <input type="checkbox"/> Refugio	
Estatus de Empleo: (marque uno) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Temporal		Nombre de Empleador		Número telefónico del empleador	
		Dirección de empleo		Fecha en la que fue contratado	
Nombre de Contacto de Emergencia		Número de Teléfono de Contacto		Relación al paciente	
Si, esta desempleado, a applicado para beneficios de desempleo? Si____ No____ Si a applicado por favor presente la carta de aprobacion or rechazo		Si esta trabajando, cuanto tiempo tiene trabajando por su empleador? _____		Si esta desempleado, piensa regresar al trabajo? Si____ No____ Si piensa regresar cuando? _____	
(Solo para paciente menor) Nombre de Padre/Guardián		Relación al Paciente		Cantidad de miembros de Familia	
¿Perdió su empleo recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugar de nacimiento (ciudad, condado, estado)	Primer nombre de la Madre Del Paciente		Último grado escolar terminado	

¿PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE DE RECORDATORIO PARA SU CITA?  SÍ  NO  
 ¿SI MARCO SI, MARQUE TODOS LOS QUE APPLIQUEN?  CASA  CELLULAR  TRABAJO  TELEFONO DE MENSAJE

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Numero de póliza: _____	¿Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Numero de póliza: _____	¿Kid Care CHIP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Numero 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 Medico		ID del Suscriptor	# ID de Grupo
Nombre del Poseedor de la Póliza	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Relación al Paciente	# de Seguro Social
Dirección de Facturación de Reclamos	Número telefónico de servicio al cliente (____) _____ - _____	Empleador	Número telefónico de empleador (____) _____ - _____
Segundo Proveedor de Seguro Medico		ID del Suscriptor	# ID de Grupo
Nombre del Poseedor de la Póliza	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Relación al paciente	# de Seguro Social
Dirección de Facturación de Reclamos	Número telefónico de servicio al cliente (____) _____ - _____	Empleador	Número telefónico de empleador (____) _____ - _____

**¿Está buscando cuidado médico como resultado de un accidente?**  Si  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 # de póliza		¿Tiene usted un abogado y/o Liquidaciones/Acuerdos Monetarios pendientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN:** 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 pagaderos por los servicios prestados. Yo comprendo que HEALTHWORKS también podrá divulgar información médica sobre mí a médicos u otros proveedores de cuidado médico 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 medico con otro proveedor, yo entiendo que los tratamientos e información podrán ser compartidos con mi seguro médico o Compañía médica. 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 criticó y entrar en contrato con una agencia de cobranzas para cobrar cualquier saldo pendiente.

**Firma de Persona Responsable:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## APLICACION PARA LA ESCALA DE TARIFAS DEL DESCUENTO

**Por favor cuéntenos sobre cada miembro del hogar:**

Por favor incluya a cada miembro que aparece en sus impuestos. **(Por favor use hojas adicionales, si es necesario.)**

Miembro de Hogar (relación al solicitante)	¿Tiene Seguro Médico?	Tipo de ingresos de este miembro de familia Ingresos mensuales (antes de los impuestos y deducciones)			
<input type="checkbox"/> Solicitante  <hr/> Apellido  <hr/> Primer nombre    Inicial	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  Fecha de Nacimiento ____/____/_____  Número de Seguro Social: ____-____-_____ ¿Alguien lo puede reclamar como depende en los impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si  Nombre del Proveedor de Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____  # de Medicaid _____	<input type="checkbox"/> Salario Mensual    \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por su Cuenta    \$ _____ <input type="checkbox"/> Compensación a Trabajadores    \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo    \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI    \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios Militares/Veteranos    \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/Retiro    \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo    \$ _____ Fiduciario <input type="checkbox"/> Pensión    \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos    \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos de Renta    \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos de Inversiones    \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro    \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin Ingresos    Ver la siguiente sección <b>Cuando fue su última declaración de impuestos?</b> _____	
<input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Otro: _____  <hr/> Apellido  <hr/> Primer nombre    Inicial	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  Fecha de Nacimiento ____/____/_____  Número de Seguro Social: ____-____-_____ ¿Esta persona está incluida en su Declaración de Impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si  Nombre del Proveedor de Seguro Medico: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____  # de Medicaid _____	<input type="checkbox"/> Salario Mensual    \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por su Cuenta    \$ _____ <input type="checkbox"/> Compensación a Trabajadores    \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo    \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI    \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios Militares/Veteranos    \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/Retiro    \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo    \$ _____ Fiduciario <input type="checkbox"/> Pensión    \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos    \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos de Renta    \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos de Inversiones    \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro    \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin Ingresos    Ver la siguiente sección <b>Cuando fue su última declaración de impuestos?</b> _____	
<input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Hijastro(a) <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Otro: _____  <hr/> Apellido  <hr/> Primer nombre    Inicial	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F  Fecha de Nacimiento ____/____/_____  Número de Seguro Social: ____-____-_____ ¿Esta persona está incluida en su Declaración de Impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si  Nombre del Proveedor de Seguro Medico: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____  # de Medicaid _____	<input type="checkbox"/> Salario Mensual    \$ _____ <input type="checkbox"/> Trabajo por su Cuenta    \$ _____ <input type="checkbox"/> Compensación a Trabajadores    \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo    \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro Social/SSI    \$ _____ <input type="checkbox"/> Beneficios Militares/Veteranos    \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión/Retiro    \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo    \$ _____ Fiduciario <input type="checkbox"/> Pensión    \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención de los Hijos    \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos de Renta    \$ _____ <input type="checkbox"/> Ingresos de Inversiones    \$ _____ <input type="checkbox"/> Otro    \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin Ingresos    Ver la siguiente sección <b>Cuando fue su última declaración de impuestos?</b> _____	

**APLICACION PARA LA ESCALA DE TARIFAS DEL DESCUENTO (Continuado)**

**SI USTED MARCÓ QUE NO TIENE INGRESOS:**

Si usted no tiene ingresos, por favor indique cuál de los siguientes puede proveer como documentación:

- Una copia de la carta rechazándole los Beneficios de Desempleo.
- Una copia del Departamento de Servicios Familiares demostrando su elegibilidad para el programa SNAP (Estampillas de comida) del estado de Wyoming.
- Una carta del refugio o de algún albergue.
- Una carta escrita por su médico documentando una discapacidad.
- Declaración de Ingresos
- Carta de Beneficios de Vivienda

¿Le podemos proveer información sobre nuestros acuerdos de plan de pagos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Perdió su empleo recientemente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted elegible para beneficios COBRA? Por favor escribe nombre de su empleador _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted incapaz de obtener seguro médico debido a alguna condición pre-existente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Usted ha declarado bancarrota o lo piensa hacer? Si es así, ¿En qué Estado? _____ ¿Número de Caso? _____ ¿Fecha del expediente? _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Fecha de rehabilitación? _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿La razón causante fue facturas médicas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Le gustaría que compartamos su elegibilidad con algunos de nuestros socios aquí nombrados? Por favor marque cuáles agencias. <input type="checkbox"/> HealthWorks Clinic <input type="checkbox"/> University of Wyoming Residency Program <input type="checkbox"/> HealthWorks Pharmacy <input type="checkbox"/> Cheyenne Regional Medical Center <input type="checkbox"/> Cheyenne Physicians Group <input type="checkbox"/> Peak Wellness Center	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

*Mi firma indica que toda la información que he provisto es verdadera y correcta. Por la 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 reveler 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 derecho legal para cobrar el total de cobranzas facturadas.*

**Firma de la Persona Responsable:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Relación al Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Representativo de Agencia:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Cheyenne Health and Wellness Center (CHWC)**  
**(DBA: HealthWorks y programa de asistencia de prescripciones (PAP))**  
**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

**Consentimiento de cuidado medico y de salud:** Yo voluntariamente doy consentimiento y autorizo a Healthworks, a los empleados, agentes y afiliados, a proveer el cuidado medico( incluyendo evaluacion, procedimientos diagnosticados, y tratamientos medicos). Si se consideran necesarios y apropiados pro mi medico CHWC periodicamente conduce un programa de entrenamiento para profesionales de salud, Estas personas pueden estar observando o participando en el tratamiento de CHWC. Ellos estaran bajo la direccion de un professional con licencia. Yo entiendo que tengo el derecho a negarme a que los entrenadores o estudiantes participen en mi cuidado.

**Registro de inmunizacion de Wyoming:** Yo entiendo que el estado de Wyoming mantiene una registracion de inmunizaciones. Los beneficios de la registracion son para prevenir una duplicacion de inmunizaciones, proveer notificaciones a tiempo ede las inmunizaciones que se nesecitan, y para server como respaldo en caso de que usted estravie el record de las vacunas. Records de inmunizaciones son solamente accesibles por los proveedores de cuidado autorizados, y escuelas.

- Yo autorizo a CHWC a meter informacion 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 de el registro de vacunas de Wyoming.

**Imprimir nombre del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente o la persona autorizada:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Si el paciente no puede firmar o es menor de edad, indique su relacion con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Informacion del contacto de emergencia: En caso de emergencia a quien podemos contactar?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Numero de telefono:** ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ **Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

---

**RECONOCIMIENTO DE NOTICIA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD**

CHWC esta comprometido a proteger la confidencialidad de su informacion medica y esta requerido por la ley a hacerlo. El aviso de practica de privacidad (NPP) describe como nosotros podemos usar y reveler su informacion de salud protegida para llevar acabo el tratamiento, el pago o operaciones de salud, y para otros propositos que son permitidos o requeridos por la ley. Tambien describe sus derechos para controlar y tener acceso a su informacion de salud. Al firmar mi nombre abajo, yo reconosco que me an proveido una copia de la NPP y que e leido (tuve la oportunidad de leer si escojo) y entender la NPP y acordar con los terminus.

**Firma del paciente o la persona autorizada** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Si usted quiere que HealthWorks (HW) comparta su información de salud con un familiar (tal como su pareja, padres, hijo, amigo, abogado, o cualquier otra persona); usted debe primero darle permiso a HW. Al llenar y firmar esta forma, usted da permiso. HW entonces puede compartir su información de salud con la gente cuales nombres usted ha escrito en la sección de "contacto".

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo que HealthWorks pueda revelar información de mi salud a los siguientes contactos:**

**CONTACTO #1:** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

---

**CONTACTO #2:** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

---

Al firmar esta forma yo entiendo que HealthWorks puede discutir cuestiones de salud pasadas, presentes, y futuras con estos contactos desde

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
**Fecha de Comienzo** **Fecha de Fin (no puede exceder 2 años de la fecha de comienzo)**

**La información que puede ser discutida y revelada es:**

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

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## FILTRACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS DE ASISTENCIA

**Para poder asistirlo mejor, por favor conteste las siguientes preguntas:**

- ¿Es usted elegible para beneficios del Retiro del Seguro Social, Beneficios de discapacidad del Seguro Social, o cualquier otro retiro?  
 SI  NO
- ¿Es usted elegible para los beneficios de Medicaid o de Medicare ?  SI  NO.....Si NO por favor conteste la siguiente sección.

**¿Alguno de estos aplica para usted o cualquier persona 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 que son menores de 19 años de edad <input type="checkbox"/> Mujer embarazada sin seguro medico <input type="checkbox"/> Adulto mayor, ciego, y discapacitado <input type="checkbox"/> Mujer sin seguro médico diagnosticada con cáncer del seno o cáncer cervical <input type="checkbox"/> Individuo sin seguro médico diagnosticado con tuberculosis <input type="checkbox"/> Mujer que acaba de dar a luz y recibió beneficios por parte del programa Mujer Embarazada	<input type="checkbox"/> Beneficiario de Medicare <input type="checkbox"/> Cliente que recibe beneficios SSI y no inscrito en Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CLIMB Wyoming <input type="checkbox"/> Connections Corner <input type="checkbox"/> Safehouse <input type="checkbox"/> Father Factor <input type="checkbox"/> Health Assist/Job Assist	<input type="checkbox"/> Asistencia de Casa <input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de comida) <input type="checkbox"/> Low Income Energy Assistance Program (LIEAP) (Asistencia Electrica de Energia) <input type="checkbox"/> CHA Utility Allowance <input type="checkbox"/> TANF (Temporary Assistance for Needy Families) <input type="checkbox"/> Recientemente desempleado
---	---	--

**Si usted indicó QUE NO TIENE INGRESOS, por favor conteste las siguientes preguntas:**

¿Cómo se está manteniendo?	
¿Dónde durmió usted anoche?	
¿Cuál es la fecha de su ultimo día de empleo?	
¿Dónde fue su ultimo empleo?	
¿Pretende regresar a trabajar, si si, cuando?	
¿Cómo llegó aquí hoy?	
¿Dónde comió su última comida?	
¿Usted recibe asistencia pública?	
¿Alguien le de dinero mensualmente para sus gastos?	

**Firma de Persona Responsable:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Relación al paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_





## **Resumen**

En orden para servirle mayor, HealthWorks participa en la colaboración de GoalConnect en el Laramie County. GoalConnect está conectando múltiples agencias para servir mejor a los clientes, reducir duplicación de esfuerzos y reducir brechas en el acceso de los servicios más necesitados.

### **Propósito y Beneficios a Su Cuidado**

Socios de GoalConnect quieren servir sus necesidades por medio de servicios de coordinación. Compartir su información individual puede reducir referencias que usted no necesita o que lo conectan a programas públicos y grupos de servicio de la comunidad que pueden ayudarlo. Puede decirles a los proveedores de su historial de salud, alergias, y drogas de prescripción para coordinar su cuidado. Finalmente estar en el sistema puede reducir papeleo repetido.

### **Usted Escoge si Participa**

Nosotros le pedimos que firme esta forma en sistema de GoalConnect. Es su elección firmar. Ningún Proveedor puede rechazar tratarlo si usted no firma. Si usted no firma esta forma, Proveedores no compartirán su información mediante la base de datos. Usted puede cancelar su autorización en cualquier momento.

### **Seguridad & Información de Privacidad**

Leyes del estado y federales protegen la privacidad de su información. GoalConnect protege su información estrictamente al limitar el acceso al sistema. Nosotros requerimos a todos Los Socios Participantes, sus empleados, agentes y asociados de negocios a que firmen acuerdos de confidencialidad para mantener la seguridad de su información. Usted recibirá el Aviso de Practicas de Privacidad HIPAA, la cual le da información adicional acerca de las pólizas respectivas de los proveedores.

Socios de GoalConnect que Participan y están al corriente:

- Cheyenne Regional Medical Center
- HealthWorks
- Peak Wellness Center, Inc.
- Needs, Inc.
- Comea
- Connections Corner/Circles Wyoming
- Wyoming Interfaith Health Ministries (Faith Nurses)
- Family Promise of Cheyenne
- Community Action of Laramie County – Heath Care for Homeless
- Community Action of Laramie County – Kinship Support Services
- University of Wyoming Family Practice
- Behavioral Health Services CRMC
- Sage Trio
- Cheyenne-Laramie County Health Department – Family Planning



### Forma de Consentimiento

- Yo entiendo que, al firmar esta forma, yo doy permiso a mi proveedor, al Socio Participante de GoalConnect, para meter mi información individual identificable en el sistema de GoalConnect.
- Yo entiendo que mi información individual puede incluir participación en un programa de agencia, información demográfica incluye, nombre, fecha de nacimiento, genero, raza, seguro social, dirección número de teléfono miembros de la casa, información financiera, estado de empleado, residencial, salud e historial de tratamiento y /o información personal y necesidades de familia.
- Yo he revisado la lista de los Socios de GoalConnect, y entiendo que pueden agregar a otros después. Una lista de los Socios está disponible para mi si la solicito
- Yo he recibido una copia de esta forma.
- Yo entiendo que esta forma será eficaz a menos que yo la cancele o que GoalConnect termine. Yo puedo Cancelar esta autorización en cualquier momento al llenar una Forma la cual puedo obtener de cualquier Proveedor Participante.
- Por la ley de Wyoming, yo entiendo que, si yo firmo en nombre de alguien más, yo certifico que yo para tomar decisiones de salud y servicios sociales por esa persona.
- Yo entiendo que yo estoy permitiendo a GoalConnect a que comparta mi información individual identificable y que ningún Socio puede tener acceso a mi información a menos que yo vaya a ese Proveedor Participante para Servicios
- Yo entiendo que es mi decisión de firmar y que ningún Proveedor puede rechazar a tratarme, si no firmo.

### Yo he leído y entiendo lo de arriba.

---

Nombre del Paciente

---

Representante Autorizado Relación al Paciente (si se aplica)

---

Su firma (o firma del representante)

---

Fecha

---

HealthWorks

---

Instalaciones

---

Cliente Fecha de Nacimiento:

---

Testigo

---

Fecha

# HealthWorks

## Credito y Coleccion Politica

Es la politica de HealthWorks, para proporcionar la mayor calidad de la atencion medica disponible. En un esfuerzo por hacer que nuestros servicios a disposicion de mayor numero posible de pacientes de forma asequible, HealthWorks emplea una politica de pago de la empresa. ESTo nos permite ofrecer el mas alto nivel de atencion, y ser sensible a la contencion de costs. En un esfuerzo por ser juntos con todos los pacientes, HealthWorks ha adoptado la politica de cobro se describe a continuacion. Por favor, lea la politica para saber como se prestaran los servicios de HealthWorks a usted en una forma asequible.

### NUEVOS PACIENTES

Los nuevos pacientes deben llegar 20 minutos antes de la hora de la cita programada para completar la hoja de información del paciente. Favor de traer una identificación con fotografía, información de cobertura de seguro, incluyendo tarjetas de seguro, con usted. Se espera que los nuevos pacientes con cobertura de seguro para pagar los deducibles, coaseguros o copagos o cualquier saldo que no estén cubiertos por un seguro en el servicio al momento de atenderlo. Para su comodidad, HealthWorks también acepta MasterCard, VISA, American Express y Discover. **Si usted no tiene seguro, y no está en el móvil de honorarios, una cuota mínima de \$ 117.00 será recogida en el momento del servicio. Esto se aplicará hacia su visita.**

### PACIENTES ESTABLECIDOS

Favor de traer una identificación con foto y tarjetas de seguro con usted por cada visita. Los pacientes que tienen grandes cuentas como consecuencia de la continua atención médica y que no pueden hacer el pago completo como consecuencia de dificultades financieras deben ponerse en contacto con nuestros especialistas de facturación. Podemos ayudar a resolver las condiciones de pago a los pacientes en la necesidad financiera.

### SEGURO

Los HealthWorks médico, asistentes médicos, enfermeras practicantes, dentista y farmacia participan en una variedad de planes de seguro. Es responsabilidad del paciente para conocer los términos de su propio plan. HealthWorks respetarán los contratos de seguros suscritos como un proveedor participante. Los pacientes cubiertos por los planes de "participantes" serán responsables de deducibles y co-pagos de acuerdo con sus contratos específicos. Para los planes de seguros de no participantes, vamos a completar formularios de seguros y correo necesarios como una cortesía para usted. Por favor llame a su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su cobertura.

**También es muy importante para que nos asesoren de requisitos previos a la autorización de su compañía de seguros en relación con el ingreso hospitalario, diagnóstico, laboratorio u otra prueba ambulatoria. Tenemos que ser conscientes de los requisitos concretos sobre los que los procedimientos se pueden realizar de acuerdo con el plan de su compañía de seguros. Usted es responsable de asegurar que la debida autorización se obtiene antes de los servicios que se prestan en un hospitalizado o de forma ambulatoria.**

Entendemos que pueden surgir preguntas sobre su cuenta y estos deben ser discutidas con nuestro especialista de facturación. Estaremos encantados de ayudarle; sin embargo, la disposición de la compañía de seguros para pagar la atención médica es entre usted y la compañía de seguros.

### COMPENSACION/ACCIDENTES DE AUTO/RESPONSABILIDAD CIVIL DE TRABAJADORES

Se espera que los pacientes para proporcionar la fecha de la lesión, número de reclamo, dirección postal y número de teléfono a donde se enviarán las solicitudes de pago. También tendrá que proporcionar la información de su seguro médico personal si es aplicable. Si lo hace, le protegerán si se rechaza su reclamo. Podemos, en esas circunstancias, la factura a su proveedor de seguro médico. Si usted está en una escala móvil activo en el momento del servicio, HealthWorks pueden ajustar su factura una vez que ha sido negado por la compañía a su precio nominal escala móvil. De lo contrario, los gastos por servicios se convierten en la responsabilidad del paciente.

### MODALIDADES DE PAGO

Los pacientes que han establecido acuerdos de pago están obligados a hacer pagos mensuales para mantener su cuenta en buen estado.

### ESCALA DE TARIFAS

Como Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC), HealthWorks requiere disponer la escala de tarifas de descuento a los pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad. Este programa asiste a las personas que no pueden pagar para ver a un proveedor basado en el tamaño de la familia y sus ingresos. Los pacientes que están en la escala de tarifas son los que tienen ingresos del hogar del 200% o menos de la línea federal de pobreza. Ingresos del hogar con más de el 200% de los límites federales de pobreza serán responsables de pagar 100% de los cargos. Los requisitos de elegibilidad son basados por los límites federales de pobreza publicado anualmente por el Departamento de Cuidado y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

### PROTECCION DE ROBO DE IDENTIDAD

Vamos a solicitar la siguiente información en el momento del servicio: Nombre legal completo del paciente / padre, fecha de nacimiento (s), número de Seguro Social (s), dirección física actual, así como la identificación (s) foto válida.

### NSF

Los cheques devueltos están sujetos a un cargo mínimo de \$29.00.

### COLECCIONES

**Si fuera necesario para convertir su cuenta a través de la colección, usted será responsable por cualquier cobro adicional, costos de la corte, o los honorarios de abogados. Los saldos de cuenta 60 días vencidos son considerados delincuentes.**

### LITIGO

Nuestros servicios se proporcionan de buena fe. El proyecto de ley es entre usted y su médico. Para los casos en que están obligados a contratar a un abogado de indemnización, que no aceptamos "cartas de protección" de su abogado. Es de esperar que el pago total por los servicios o que tendría que ponerse en contacto con nuestros especialistas de facturación para resolver las condiciones de pago. **VAMOS A PRESENTAR SUS FORMAS DE SEGUROS DE SALUD COMO CORTESIA. ESTAMOS EN NINGUNA MANERA INVOLUCRARSE EN RESPONSABILIDAD CIVIL.**

### CARGOS DE REGISTROS MEDICOS

HealthWorks cobra \$ 25.00 por copias de registros médicos. Los registros serán enviados por correo dentro de los 30 días de la recepción del pago.

### RESUMEN

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a nuestras políticas de recogida, por favor póngase en contacto con nuestros especialistas de facturación para hablar de ellos. Nuestros representantes están familiarizados con la mayoría de las principales compañías de seguros y pueden ser capaces de responder a las preguntas con respecto a su cobertura o dirigir a la gente que puede hacerlo.

Si surge un problema que usted no anticipa y no puede pagar su factura, por favor comuníquese con nuestra oficina al 307-634-7390. Esto nos permitirá saber que usted está recibiendo su factura y no está haciendo esfuerzos para evitar el pago.

Gracias por ser cooperativo en nuestra política de recopilación y gracias por seleccionar HealthWorks como su proveedor de servicios de salud.