

APLICACIÓN DE HEALTHWORKS PARA LA ESCALA DE TARIFAS

Lo que necesita proporcionar para aplicar:

- **Identificación con foto**
 - Ejemplos son Licencia de Conducir, Matricula Consular, ID del Estado, Pasaporte, o ID de Estudiante
 - **Tarjeta de Seguro Médico Privado, Tarjeta de Medicare Parte A, B o Parte D, o Tarjeta de Medicaid**
 - **Para la solicitud de la escala de tarifas**
 - **Documentos requeridos para determinar el tamaño del hogar:**
 - Declaración de impuestos más reciente presentada en los últimos 12 meses
 - Si no presentó 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 de 6-18 años, proporcione una copia de los datos demográficos de su hijo que se puede obtener iniciando sesión en su portal escolar o poniéndose en contacto con la secretaria de la escuela de su hijo.
 - 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 programar una cita en 5353 Yellowstone Road (2^{do} piso).
 - **Para documentar los ingresos del hogar, se requiere la siguiente documentación si corresponde a su hogar:**
 - 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
 - Manutención de niños (orden judicial o impresión reciente del historial de pagos de la oficina de manutención infantil)
 - Jubilación
 - **Si no tiene ingresos, aceptaremos:**
 - Una copia negada de la carta de desempleo
 - 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.

APLICACION PARA LA ESCALA DE TARIFAS DEL DESCUENTO

Cuéntanos sobre cada miembro de tú 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 Ingresos mensuales (antes de los impuestos y deducciones)
<input type="checkbox"/> Solicitante Apellido _____ Primer Nombre Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____-____-____ ¿Puede alguien reclamarlo como depende en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____ <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/Jubilación \$ _____ <input type="checkbox"/> Dineros del Fondo \$ _____ <input type="checkbox"/> Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección
<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: _____ Apellido _____ Primer Nombre Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____ <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/Jubilación \$ _____ <input type="checkbox"/> Dineros del Fondo \$ _____ <input type="checkbox"/> Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección

Los miembros del hogar continuado:

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

<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 Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<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/Jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección
<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 Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<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/Jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección
<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 Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<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/Jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección

Los miembros del hogar continuado:

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

<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 Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<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/Jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección
<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 Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<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/Jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección
<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 Segundo	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de Nacimiento ____/____/____ SS: ____/____/____ ¿Esta persona está incluida en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre del seguro: <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> _____	<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/Jubilación \$ _____	<input type="checkbox"/> Dineros del Fondo Fiduciario \$ _____ <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia \$ _____ <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 siguiente sección

APLICACION PARA LA ESCALA DE TARIFAS DEL DESCUENTO (CONTINUADO)

SI USTED MARCO QUE NO TIENE INGRESOS:

Si usted no tiene ingresos, por favor indique cual 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 WY.
- Una carta del refugio, o de algún albergue.
- Una carta escrita por su Medico documentando una discapacidad.
- Declaración de Ingresos.

¿Le podemos proveer información sobre nuestros acuerdos de plan de pagos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Perdió su empleo recientemente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted elegible para beneficios de COBRA? Por favor escriba el nombre de su empleador _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted incapaz de obtener un seguro médico debido a una condición preexistente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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? _____ ¿La razón causante fue por facturas médicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Desea que compartamos su elegibilidad de escala de tarifas móviles con cualquiera de los siguientes socios? Indique qué agencias. <input type="checkbox"/> Clínica HealthWorks <input type="checkbox"/> Programa de Residencia de la Universidad de Wyoming <input type="checkbox"/> Farmacia HealthWorks <input type="checkbox"/> Centro Médico Regional de Cheyenne <input type="checkbox"/> Grupo de Médicos Cheyenne <input type="checkbox"/> Centro de Bienestar Peak	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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:** _____

Representante de la Agencia: _____ **Fecha:** _____

FILTRACION 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?
 Sí No
- ¿Es usted elegible para beneficios de Medicaid o de Medicare? Sí No.....Si **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 medico <input type="checkbox"/> Adulto 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 y recibió beneficios por parte la Programa Mujer Embarazada	<input type="checkbox"/> Beneficiario de Medicare <input type="checkbox"/> Cliente que recibe beneficios de SSI 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"/> Padre Factor <input type="checkbox"/> Asistencia de salud/Asistencia laboral	<input type="checkbox"/> Asistencia de Casa <input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de comida) <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
--	---	---

Por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Cómo se está manteniendo?	
¿Dónde durmió usted anoche?	
¿Cuál es la fecha de su ultimo dia de empleo?	
¿Dónde fue su ultimo empleo?	
¿Cómo llego 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:** _____

INFORMACION DEL PACIENTE

¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Qué idioma escribe? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Alguien le ayudo a llenar esta solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b style="color: red;">IF YOU NEED THIS FORM IN ENGLISH, PLEASE LET US KNOW.		Fecha de Hoy Número de Seguro Social		Sólo Uso de Agencia: <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% (Paciente Paga) Ingresos Anuales \$ _____ Numero de Miembros del hogar: _____ Elegible de: _____ hasta: _____		
Apellido Legal	Primer Nombre, Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Estado Civil (marque uno) <input type="checkbox"/> Nunca me he casado <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) Legalmente <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Menor de Edad		
Número Telefónico de Celular	Número Telefónico del Trabajo	Correo Electrónico				
Raza (marque todas las que correspondan) <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"/> Otra Raza/Multi Racial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> HUD/CHA <input type="checkbox"/> No tengo Hogar <input type="checkbox"/> Libre de Renta <input type="checkbox"/> Refugio		¿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 <input type="checkbox"/> Tiempo Medio <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> 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)		
(Solo para Dependientes) Nombre del Padre/Madre/Tutor(a)		Lugar de Nacimiento del Paciente (Estado)		¿Podemos dejarle un mensaje de correo de voz para futuras citas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Ingresos Anuales <input type="checkbox"/> \$0-\$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$20,000 <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$50,000 <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$30,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$70,000 <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$40,000 <input type="checkbox"/> más de \$70,000	Tamaño del Hogar _____	¿Cómo supiste de nosotros? <input type="checkbox"/> Paciente Existente <input type="checkbox"/> Referencia de otro Proveedor <input type="checkbox"/> Referencia de la Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Guía de Compradores				

INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de póliza:	¿Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de póliza:	¿Kid Care CHIP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero de póliza:	¿Tiene cobertura de Recetas Médicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene cobertura de Recetas Médicas del Programa de Asistencia de Drogas y Recetas (PDAP)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si está desempleado, ¿tiene usted cobertura COBRA? <input type="checkbox"/> Si <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
Dirección de Facturación de Reclamos		Número telefónico de servicio al cliente (____) _____-_____	Empleador
			Número telefónico del empleador (____) _____-_____

Segundo Proveedor de Seguro Medico		ID del Suscriptor	# ID de Grupo
Nombre del Poseedor de la Póliza		Fecha de Nacimiento ____/____/____	Relación al Paciente
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? Si No **Si es así, por favor conteste las siguientes preguntas...**

Fecha del accidente ____/____/____	¿Fue accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿El accidente es relacionado a su empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde ocurrió el accidente?
Numero 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"/> Si <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 medica 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 Medico 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 medico toma mas de sesenta (60) días después del servicio para pagar, empezando con la fecha que se presto 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 medico no critico 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:** _____

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. Récords 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 de:

Fecha de inicio: ____/____/____ **Fecha de terminación:** ____/____/____

(fecha de terminación no puede exceder más de 1 año)

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