

# Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

1338-C East Sunset Drive – Monroe, NC 28112  
(T) 704-296-0909 (F) 704-296-0946 Info@chsuc.org CHSUC.org

Nombre del paciente (letra de molde)

Fecha

- Los solicitantes no deben tener ningún seguro de cualquier tipo
- Los solicitantes deben tener de 18-64 años de edad
- Los solicitantes deben ser residente del condado de Unión
- Loso solicitantes no deben tener ningún medico

Favor de asegurarse de incluir la siguiente información con la solicitud. Traiga la copia original de cada documento. El hecho de no traer la documentación, demora el proceso de solicitud y el tratamiento.

Copia de la tarjeta de seguro social (si tiene) del solicitante

Copia de identificación del solicitante

### Comprobante de ingresos domésticos

Declaración de impuestos

Dos comprobantes consecutivos de salarios recibidos por el solicitante o una carta del empleador indicando el salario por hora y la cantidad de horas que trabajo por semana durante el mes anterior (si le pagan en efectivo)

Para los ingresos de empleo por cuenta propia, por favor haga una lista de todos los ahorros de los últimos 3 meses consecutivos y detalle todos los gastos de negocio de esos mismos meses.

### Comprobante de ingresos domésticos no ganados, si son aplicables:

Carta de aceptación de cupones alimenticios (Food Stamps)

Pensión de niños (Child Support) de \_\_\_\_\_

Ingreso de seguro social de \_\_\_\_\_

Beneficios de desempleo de \_\_\_\_\_

Beneficios de compensación laboral de \_\_\_\_\_

Carta de apoyo de asistencia de vivienda

Copia de cuentas corriente y ahorro bancario de 2 meses consecutivos recientes. Ingresos provenientes de cuentas de ahorro a plazo fijo, inversiones, 401K, etc.

Carta de negación de Medicaid – ¿Va a aplicar o está planeando aplicar para discapacidad? Sí  No

**Después de haber llenado su solicitud puede llamar a la clínica para hacer una cita para determinar su elegibilidad. Su aplicación será revisada, y si califica, le llaman para hacerle una cita con el doctor.**

**Sugerimos una donación de \$10.00 cada vez que tenga cita con el doctor (solamente en efectivo). Si su situación económica es precaria, por favor notifique al personal de la clínica. No le negaremos servicios a los pacientes, por falta de dinero.**

### NOTA:

- **Nosotros no llenamos papeles de discapacidad**
- **No atendemos a pacientes embarazadas**
- **No recetamos narcóticos, ni mantenemos medicamentos en la clínica**

## Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

1. No tener seguro médico, Medicaid, o Medicare.
2. Debe llenar todas las secciones de la solicitud y traer los formularios llenos con PRUEBA DE INGRESOS. Sus ingresos no pueden sobrepasar la suma predeterminada por esta clínica.
3. Debe presentar un documento de identificación con foto, y si tiene, su tarjeta de Seguridad Social.
4. Reservamos el derecho a determinar quién será elegible como paciente. Asimismo, reservamos el derecho a despedir un paciente que no acuda a sus citas *y/o* no cumpla con los reglamentos de la clínica. Razones comunes de despido de pacientes:
  - a. Si no acude a las citas. Requerimos que los pacientes llamen 24 horas antes de las citas si necesita cancelarlas y reprogramarlas.
  - b. El intento de obtener drogas.
  - c. Si el doctor considera que las necesidades del paciente serán mejor atendidas en otro lugar.

Esta clínica es una institución sin fines de lucro. Los doctores y los enfermeros son voluntarios. Community Health Services depende de las donaciones de la comunidad, de organizaciones locales y de subvenciones para poder servir a sus pacientes. No está afiliada a ningún hospital o agencia gubernamental. Nuestros servicios se limitan a cuidados médicos básicos.

Community Health Services of Union County hará todo lo posible por atenderlo, PERO, a pacientes potenciales no se les garantiza o da derecho a servicios específicos.

Firmando este documento usted reconoce que entiende el contenido de este y se compromete a cumplir con reglamentos de la clínica. Usted también reconoce que toda la información que usted ha suministrado es verídica. Su información es confidencial y no se divulgará sin su autorización.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Autorizado\* \_\_\_\_\_ Paciente/Representante

Entiendo que Community Health Services of Union County opera bajo un límite de disponibilidad. Es imposible que los doctores y el personal estén disponibles 24 horas del día, 7 días por semana. Si yo alguna vez tuviera una emergencia médica, Llamaré al 911 o iré a la sala de emergencia más cercana. Si necesito ayuda médica que no es de emergencia cuando la clínica esté cerrada, buscaré otras opciones medicas como en un centro local de salud.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Autorizado\* \_\_\_\_\_ Paciente/Representante

\*Si es el Representante Autorizado, por favor indique su relación con el paciente:

\_\_\_\_\_ Esposo/a \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otro (especifique)

### **Política: Elegibilidad de admisión**

De acuerdo a la Misión de CHSUC, está claro que el propósito de esta clínica es atender a las necesidades de aquellos individuos que en virtud de su situación económica no se pueden procurar el cuidado médico básico para ellos mismos y/o su familia. El área de servicio de la clínica está limitada a aquellos individuos que viven en el condado de Unión.

### **Estándares de elegibilidad**

El comité de revisión de elegibilidad de CHSUC está formado por personal voluntario, el Director Ejecutivo y el Director Médico. El comité fijará y revisará anualmente el estado financiero y de elegibilidad. No se espera que la clínica preste sus servicios a aquellos individuos que tengan cobertura de seguro privado o del gobierno o que sobrepasen el límite económico establecido por la clínica. El CHSUC se reserva el derecho a declinar servicios a cualquier paciente potencial que requiera un nivel de cuidado superior a las capacidades de la clínica. El estudio de elegibilidad se hace con cita previa. Durante la visita se hará una evaluación para determinar si el individuo reúne los requisitos para recibir cuidados de salud. Una vez tomada la decisión se le dará aviso al individuo. Si no fuere elegible, se documentará en la solicitud la razón de la negación y su solicitud se archivará por un año. El paciente potencial podrá volver a solicitar el servicio en seis meses.

### **Procedimiento**

Cuando un paciente llega a la clínica, un voluntario civil le dará la bienvenida y le pedirá que se registre. Si se le ha presado servicio en el *pasado*, el voluntario buscará su expediente y confirmará que la información en el registro del paciente sea correcta. El voluntario civil le avisará a la enfermera de turno de la llegada del paciente.

### **Política de asignación del médico**

Cuando un paciente llama para hacer una cita, se le asignará un doctor de acuerdo a las necesidades del paciente. Cuando el paciente regrese a la clínica, de ser posible verá al mismo doctor, dependiendo de la disponibilidad de éste.

### **Política de No-Discriminación**

Community Health Services of Union County se conducirá de tal manera que, de acuerdo a la ley, no discrimine a ninguna persona por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad, preferencia sexual (incluyendo identidad y expresión de género), estado civil, discapacidad, estatus de veterano o cualquier otro que prohíban las leyes federales, estatales o locales.

El criterio de elegibilidad para las clínicas gratuitas para diabéticos o para los programas educativos sobre diabetes son exclusivos para las siguientes personas:

- Los solicitantes deberán no tener seguro médico de ningún tipo
- Los solicitantes deberán tener entre 18 y 64 años de edad
- Los solicitantes deberán ser residentes del condado de Unión, Carolina del Norte
- Los solicitantes deberán no tener ningún doctor
- Los solicitantes deberán no tener diabetes gestacional

**Documento se queda con el solicitante**

## DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

CHSUC respeta sus derechos como paciente, y reconoce que usted es una persona con necesidades de salud únicas. Debido a la importancia de respetar la dignidad personal de cada paciente, CHSUC brinda atención considerada y respetuosa, centrado en las necesidades individuales.

Información actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y los posibles resultados se pueden obtener de su médico o enfermera.

Usted puede tomar decisiones sobre su cuidado ", que incluye el derecho a rechazar un tratamiento" en la medida permitida por la ley. Usted puede solicitar a consultar con un especialista, si está disponible. Su médico debe explicar las posibles consecuencias en caso de que rechazar el tratamiento

Privacidad y la confidencialidad se mantiene en todo momento. Información sobre su condición es estar disponible sólo para aquellos que están directamente involucrados en su cuidado diario. Si su visita no es el resultado de un accidente de registro público o lesión, usted puede prohibir la información de ser lanzado al público sobre su condición o su presencia aquí. Cualquier comunicación o registro relacionado con su cuidado debe ser tratada como confidencial, a menos que la ley exige su liberación como en la sospecha de abuso o riesgos para la salud pública de los casos.

Usted tiene el derecho de revisar los registros relacionados con su médico.

Si usted tiene alguna preocupación sobre su cuidado en CHSUC, el Director Ejecutivo está disponible para ayudarle. Su cuidado o el de su familiar no debe ser afectada negativamente como consecuencia de una queja.

Su seguridad personal es de suma importancia para nosotros. CHSUC mantiene a través de nuestras prácticas de la Clínica y el entorno ambiental.

El paciente tiene el derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y ser informado de las consecuencias médicas de su / su acción (s).

La presunción será a favor de la capacidad del paciente para comprender la naturaleza y los efectos de las opciones de tratamiento y para apreciar el impacto de una elección. Capacidad de decisión no es sinónimo de la competencia plazo legal.

Siempre que sea posible, las decisiones deben tomarse en el nivel más cercano al paciente, es decir, entre el paciente y el médico, o entre el tutor legal o representante legal de un paciente incapacitado legalmente o de otra manera incompetente y el médico.

El paciente puede optar por delegar la responsabilidad de las decisiones de tratamiento. Aunque la decisión para el tratamiento ha sido delegada, el tratamiento médico debe ser coherente con las opiniones del paciente.

## Servicios Comunitarios de Salud (CHSUC)

Todos los miembros del equipo de salud deben estar alerta a señales de que el paciente no entiende claramente lo que se trata y llevar esto a la atención del médico. Puede ser aconsejable para obtener la consulta de otros profesionales de la salud, el traductor u otras personas importantes sancionadas por el paciente.

El procedimiento deberá seguir el siguiente:

La información debe ser compartida para que el paciente pueda participar en las decisiones sobre su cuidado. El proceso debe incluir:

- Proporcionar información sobre la condición del paciente.
- Recomendar procedimientos y / o el tratamiento con sus beneficios y riesgos significativos.
- alternativas significativas para el cuidado o tratamiento (incluyendo un tratamiento específico).
- la duración probable de la incapacidad en su caso.

Si el paciente opta por un tratamiento que no es aceptable para el médico de cabecera u otros profesionales sanitarios, los profesionales de la salud pueden retirarse del caso, siempre y cuando la responsabilidad de la atención médica del paciente sea trasladado al cuidado de un médico alternativo o si se hace la referencia apropiada.

Si el paciente decide a rechazar cualquier tratamiento o elige un curso de tratamiento no es aceptable para el médico tratante, la documentación completa de la decisión debe ser colocado en el expediente del paciente.

Si el paciente decide a rechazar cualquier tratamiento, el paciente o su sustituto debe ser informada de las posibles consecuencias médicas de su / su acción.

Los médicos documento elección del paciente de rechazar el tratamiento en las notas de la evolución del paciente. El paciente se le pedirá que firme las notas o escribir su explicación / su cuenta en ellos.

Adoptado por la Junta de Directores de Community Health Services. Fecha: 07/21/10



## NUEVA SOLICITUD

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Centro de Servicios Comunitarios

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Etnicidad (Raza) \_\_\_\_\_  
mes/día/año

Dirección \_\_\_\_\_ P O Box (correo solamente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Otro teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Vivienda: Propia \_\_\_\_\_ Rentada \_\_\_\_\_ Refugio comunitario \_\_\_\_\_ Se queda con familiares/amigos \_\_\_\_\_  
No tiene hogar \_\_\_\_\_

Ha vivido en el condado de Unión por: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ Tamaño de familia \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ Separado/a \_\_\_\_\_

¿Trabaja? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Si no, ¿Dónde y cuándo trabajó la última vez? \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico actualmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Han solicitado Medicaid, ya sea usted o alguna de las personas nombradas en esta solicitud?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Han prestado servicio en el Ejército de los Estados Unidos ya sea usted o alguna de las personas nombradas en esta solicitud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Se han retirado del Ejército de los Estados Unidos ya sea usted o alguna de las personas nombradas en esta solicitud? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

#### Información de su contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Declaro que la información anterior es correcta y doy mi autorización para que el personal de Community Health Services divulgue la información financiera pertinente

FIRMA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Resumen mensual de ingresos y gastos  
(Para trabajadores independientes 3 meses, para los demás 1 mes)

<b>INGRESOS</b> (Mensuales)	<b>Mes de</b>	<b>Mes de</b>	<b>Mes de</b>
Ingreso bruto	\$	\$	\$
Manutención de menores (que recibe)	\$	\$	\$
Pensión alimenticia (que recibe)	\$	\$	\$
Apoyo de familiares/ amigos	\$	\$	\$
Cupones de comida, pensión por invalidez, seguridad de ingresos suplementarios (SSI), jubilación, ayuda de alquiler (HUD), asistencia social (Welfare), etc.	\$	\$	\$
Renta de propiedad	\$	\$	\$
Otro (por favor explique)	\$	\$	\$
<b>Total de ingresos brutos mensuales</b>	\$	\$	\$
<b>Total de ingresos brutos anuales</b>	\$	\$	\$
<b>INFORMACIÓN BANCARIA</b> (Mensual)			
Cuenta personal	\$	\$	\$
Depósitos: Cuenta de cheques/Mercado de valores	\$	\$	\$
Depósitos: Cuenta de ahorros	\$	\$	\$
Cuenta de negocios:	\$	\$	\$
Depósitos: Cuenta de cheques	\$	\$	\$
<b>Total de depósitos</b>	\$	\$	\$
<b>Total de ingresos brutos anuales</b>	\$	\$	\$



Servicios de salud de la comunidad del Condado de Unión, Inc.

CARTA DE LA APOYO/ASISTENCIA DE VIVIENDA

Date: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ pago el alojamiento y pensión de  
(nombre de la persona proporcionando ayuda financiera )

\_\_\_\_\_. No soy financieramente responsable por sus facturas  
(nombre del dependiente/paciente)

de cada día, ni del pago de sus medicamentos. El costo de alojamiento y pensión es \$ \_\_\_\_\_  
(valor en dólares)

al mes.

_____	_____	_____
Firma	Nombre	Relación al paciente
_____		
Dirección física	Número de teléfono	

**\* SI MÁS DE UNA PERSONA LE APOYA, NECESITA OBTENER UNA CARTA DE APOYO DE CADA UNO.**

**Declaración de falta de ingreso:** Si no tiene ningún ingreso mensual, lea y firme la siguiente declaración.

Yo, \_\_\_\_\_ actualmente no tengo ningunos ingresos, que incluyen, pero no se limita a: los salarios, beneficios de desempleo, invalidez, ingresos del trabajo por cuenta propia, Seguridad Social y jubilación. Entiendo que es mi responsabilidad de informar a los servicios de salud comunitarios el inicio de cualquier ingreso dentro de 10 días de su comienzo.

SI NO TIENE INGRESOS, POR FAVOR DÍGANOS CÓMO SE PAGAN SUS FACTURAS DE HOGAR. SI OTRA PERSONA PAGA LAS FACTURAS, PROPORCIONE UNA CARTA(S) FIRMADA (S) DE APOYO.

ES MUY IMPORTANTE QUE NOS DE LA INFORMACIÓN DE TODOS SUS INGRESOS. ESTA INFORMACIÓN NO LO DESCALIFICARÁ AUTOMÁTICAMENTE COMO PACIENTE. LAS DIRECTRICES DE INGRESOS SON PREDETERMINADAS POR ESTA CLÍNICA.

Con la firma de este documento estoy de acuerdo con que toda la información es exacta según mi leal saber y conocer.

Name \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Letter of Support / Rev 4/12/11



# COMMUNITY HEALTH SERVICES of Union County, Inc.

SERVICIOS de salud de la comunidad del Condado de Unión, Inc.

## HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre

FECHA de nacimiento (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ edad \_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_  
dirección ciudad estado código postal

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Casa Celular Trabajo

¿POR QUÉ LE GUSTARÍA HACER UNA CITA CON EL MÉDICO? (¿CUÁL ES EL PROBLEMA?)

<p>Lista de medicamentos que está tomando (dosis y frecuencia)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Si hay más, siga escribiéndolas en una hoja aparte.</p>	<p>La reacción que ha tenido &amp; lista de cualquier medicamento que usted es alérgico a</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Lista de todas otras alergias:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>										
<p>Lista de medicina de venta libre o medicinas herbolarias que usa regularmente:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<table border="1"><thead><tr><th>Lista de todas hospitalizaciones y cirugías</th><th>fecha</th></tr></thead><tbody><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	Lista de todas hospitalizaciones y cirugías	fecha	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Lista de todas hospitalizaciones y cirugías	fecha										
_____	_____										
_____	_____										
_____	_____										
_____	_____										

Historia social \*\* Por favor sea honesto\*\*

¿Fuma? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Previamente

1... En caso afirmativo, cuántos paquetes por día \_\_\_\_\_ ¿y por cuántos años? \_\_\_\_\_

2. ¿Toma alcohol? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Previamente

En caso afirmativo, cuántos bebe por día \_\_\_\_\_

¿y cuántas bebidas por semana? \_\_\_\_\_

¿Usa drogas? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Previamente En caso afirmativo, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha compartido agujas? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Spanish Health History/ REV 8/23/16 -pc

## HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA

Por favor escriba “si” en la columna marcada con “Si” si usted o algún familiar de sangre ha recibido tratamiento para la enfermedad mencionada y luego indique cuál es su parentesco. Por ejemplo, yo, abuelo, tío, hermana, etc.

ENFERMEDAD	Si	Parentesco de su familiar de sangre	ENFERMEDAD	Si	Parentesco de su familiar de sangre
Anemia			Hipertensión		
Artritis			Hipertiroidismo hipotiroidismo		
Asma			Hepatitis		
Infección de la vejiga			Dolor de cabeza o migrañas		
Ceguera			Infarto		
Bronquitis			Fallo cardíaco		
Cataratas			Infecciones renales / piedras renales (en el riñón)		
Cirrosis hepática (en el hígado)			Convulsiones		
Diabetes: No-insulínica			Enfermedades de transmisión sexual		
Diabetes: Insulínica			Embolia/ derrame cerebral		
Enfisema			Tuberculosis		
Cáncer			Úlceras		
Osteoporosis			Colesterol alto		

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de la información de salud que me puede identificar, tal y como se describe más abajo. Entiendo que, si la organización autorizada para recibir la información no es una compañía de seguros ni un proveedor de servicios médicos, la información divulgada no estará protegida por las leyes federales de privacidad.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección del paciente: \_\_\_\_\_

**Puede obtenerse información DE:** *(para obtener su historial médico de sus proveedores de servicios médicos previos)*

Centro de Salud y/o nombre del médico:

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fechas de servicio solicitadas: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Marque el tipo de información que se puede obtener (usada o divulgada):  Notas de la oficina  Resultados de Radiología  
/imágenes de las radiografías  Resultados de patología/laboratorio  Electrocardiogramas/monitores  Otros (especifique)

\_\_\_\_\_

Marque el propósito de la divulgación:  Revisión médica  Revisión legal  Uso personal

Otros (especifique) \_\_\_\_\_

### Puede darse información A:

**Community Health Services of Union County, Inc**

1338-C East Sunset Drive – Monroe, NC 28112

Tel: 704-296-0909 Fax: 704-296-0946

¿Recibirá el proveedor de servicios médicos que pide la autorización algún tipo de compensación económica o en especie a cambio del uso o la divulgación de la información de salud descrita más arriba?  Yes  No (Uso exclusivo de la oficina)

Entiendo que la información en mi historial médico puede contener información relacionada con el tratamiento de la adicción al alcohol o a las drogas, la anemia de célula falciforme, trastornos psicológicos o psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), complejo relacionado con el SIDA (ARC por sus siglas en inglés) y/o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización que proporciona la información. Entiendo que la revocación no aplica a la información que ya se ha divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplica a la compañía de seguros donde la ley le otorga a mi aseguradora el derecho a refutar un reclamo bajo mi póliza. Entiendo que la autorización para divulgar esta información médica privada es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que puedo revisar u obtener una copia de la información que será usada o divulgada.

Nombre : \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Paciente/Representante autorizado)

## Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

### Acuse de recibo del aviso de las prácticas de privacidad

El centro de salud comunitario del condado de Unión me ha entregado una copia del aviso de las prácticas de privacidad detallando la forma en que mi información puede ser usada y divulgada de acuerdo con las leyes federales y estatales.

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

Si no está firmada por el paciente, por favor escriba el nombre del paciente e indique su parentesco (por ejemplo, la madre).

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

---

### Autorización para revelar información de salud protegida

Yo autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Si no está firmada por el paciente, por favor escriba el nombre del paciente e indique su parentesco (por ejemplo, la madre).

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Parentesco:** \_\_\_\_\_

## Centro de Salud Comunitario del Condado de Unión

### Política de ausencia sin notificación previa (1/29/2015)

El Community Health Services of Union County es una organización cuyos empleados son predominantemente voluntarios comprometidos a brindar cuidados médicos a personas sin seguro en el condado de Unión. Como organización privada, hemos creado una normativa que usted necesita entender y estar de acuerdo con ella para asegurarnos de que exista una relación de respeto mutuo entre nosotros:

**(Por favor escriba sus iniciales después de leer cada punto y estar de acuerdo con ello.)**

- 1) Yo avisaré a CHSUC si sé que no podré llegar a asistir a mi cita por lo menos con **24 horas de anticipación** para que durante la hora de mi cita se pueda atender a otro paciente que lo necesite. \_\_\_\_\_
- 2) Yo entiendo que CHSUC me puede cobrar una multa si no me presento a una cita. La cantidad será de \$10 por la primera cita perdida, \$10 por la segunda y CHSUC me dará de baja como paciente si pierdo o “no me presento” a tres citas programadas. \_\_\_\_\_
- 3) Debo tener una cita programada con anterioridad para que me vea un doctor, no puedo solamente presentarme y exigir que se me atienda. \_\_\_\_\_. No atendemos pacientes que se presenten sin previa cita.
- 4) Entiendo que la programación de citas se basa en la disponibilidad de los voluntarios, que puede haber retrasos y que ocasionalmente sea necesario reprogramar o ver a otro doctor. \_\_\_\_\_
- 5) Estoy de acuerdo en avisarle inmediatamente a CHSUC de cualquier cambio en mi(s) número(s) de teléfono, dirección física, información de empleo, o cambio en mis ingresos. \_\_\_\_\_
- 6) Estoy de acuerdo en hablar con quién sea que conteste el teléfono cuando yo llame, ya que el CHSUC depende de voluntarios que se dividen el trabajo. \_\_\_\_\_
- 7) Entiendo que se me dará de baja del CHSUC si no puedo seguir los lineamientos o si soy descortés con el personal o con los voluntarios. \_\_\_\_\_
- 8) Se hará una revisión anual de su caso para determinar su elegibilidad de continuar como paciente.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En nombre de todos nuestros voluntarios y nuestro personal, estamos muy contentos de poderle ayudar con sus necesidades de servicios médicos. Esperamos que vea en nosotros a profesionales que se preocupan por su salud. Por favor dígalas a otras personas sin seguro de nuestra disponibilidad y deseo de servir a las personas diabéticas sin seguro del condado de Unión.

El personal de CHSUC

Adoptado por la Junta de Directores de Community Health Services . Fecha: 01/29/2015

## Centro de Servicios Comunitarios del Condado de Unión

### Limitaciones del servicio de medicamentos recetados

Entiendo que, debido a mi estado legal de no ciudadano ni residente de los Estados Unidos, el CHSUC solamente puede proveerme:

- La atención médica que se considere necesaria por los médicos.
- Una sola vez, para 30 días de mis medicamentos con receta, mientras tengamos los fondos disponibles.

Entiendo que, debido a que no tengo número de seguro social, no reúno los requisitos del Programa Health Quest, el cual pudiera continuar surtiendo mi receta después de ese primer mes.

Por esta razón, yo me hago responsable del costo de todos y cada uno de mis medicamentos a partir del segundo mes, para poder controlar efectivamente mi enfermedad.

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Testigo: \_\_\_\_\_  
(Staff Witness)