



Responsabilidades del Solicitante

Community Health Connect (CHC) es una organización médica sin fines de lucro que ha contactado a médicos, dentistas y otros especialistas de la comunidad, que se han ofrecido como voluntarios para ayudarle a recuperar su salud y a mantenerse sano/a. No formamos parte de una compañía de seguros, ni tampoco es este un programa del gobierno o un “derecho”. Nuestra asistencia puede terminar a cualquier hora y por cualquier motivo. CHC no cubre los gastos de salas de emergencias, servicios de ambulancia, tarifas de laboratorio, exámenes o cualquier otro gasto aparte. Sus responsabilidades bajo este programa, los servicios disponibles y otras condiciones pueden cambiar en cualquier momento. Nos reservamos el derecho a requerir que pague por la asistencia recibida debido a información incorrecta con la que usted nos haya provisto.

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES A LA IZQUIERDA PARA INDICAR QUE HA LEÍDO Y ENTIENDE CADA RESPONSABILIDAD:

- _____ No haré citas con ningún proveedor de atención médica asociado con la red de CHC (doctor, dentista, clínica u hospital). Todas las citas las hará el coordinador de CHC. Si se me ha hecho una cita, se lo informaré a CHC inmediatamente. Entiendo que puedo hablar con mi coordinador de cuidados si tengo preguntas o inquietudes con respecto a esta norma y él las revisará caso por caso.
- _____ Entiendo que no puede garantizar servicios gratuitos, pero intercederé para reducir al mínimo todos los gastos relacionados al cuidado de la salud.
- _____ Entiendo que seré responsable de pagar los gastos relacionados a las consultas que no hayan sido programadas por los empleados de CHC.
- _____ Entiendo que si recibo facturas relacionadas a servicios prestados por la red de CHC, debo traerlas a la oficina de CHC dentro de una semana de haberlas recibido.
- _____ Entiendo que debo seguir el plan de tratamiento establecido por los proveedores de servicios de CHC.
- _____ Proveeré de inmediato cualquier información que el programa solicite. Si no entrego la información requerida dentro de 10 días, se me negará recibir los beneficios.
- _____ Permitiré que toda información sobre mi participación en el programa se comparta con otras personas, organizaciones y agencias, a discreción única de CHC.
- _____ Si CHC lo requiere, llenaré el formulario para recibir Medicaid u otros programas de asistencia médica.
- _____ Informaré inmediatamente a CHC si mis ingresos cambian o si logro calificar para Medicare, Medicaid, un seguro particular u otro seguro o beneficios médicos.
- _____ Informaré inmediatamente a CHC sobre cualquier cambio de domicilio, número telefónico o ingresos en la familia.
- _____ Entiendo que los proveedores están dando sus servicios sin recompensación y me portaré con profesionalidad y una actitud cortés en todo momento. Respetaré el tiempo del doctor/dentista y los que están en su oficina. Apagaré mi teléfono celular durante la cita. Entiendo que la oficina del proveedor no es una guardería infantil y, por lo tanto, no llevaré a mis niños a la cita sin asegurarme de que alguien los vaya a vigilar.
- _____ Si no puedo hacer los arreglos suficientes para llegar a una cita, me comunicaré con CHC por lo menos 24 horas antes de la cita para cancelarla. En el caso de una cirugía, me comunicaré con CHC 72 horas antes de la cita para cancelarla.
- _____ Entiendo que mi responsabilidad es llegar a tiempo a todas las citas. Si llego tarde y deciden cambiar la fecha de la cita, entiendo que se la contará como a una cita perdida.
- _____ Si falto a una cita, entiendo que deberé pagar \$25 para reestablecer mi elegibilidad. Si falto a una segunda cita, se me sacará del programa.
- _____ Entiendo que si falto a una cirugía ya programada quedaré fuera del programa de inmediato, sin que se me dé una segunda oportunidad.

Al firmar, confirmo que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones dadas y que he recibido una copia de este formulario. Si no sigo las instrucciones dadas, es posible que se finalice mi participación con CHC.

Firma del paciente, padre o guardián

Fecha



Medical	<input type="checkbox"/>
Dental	<input type="checkbox"/>

Formulario de Inscripción

Instrucciones: Favor de entregar lo siguiente con el formulario completado: 1) Una copia de la primera hoja de la declaración de impuestos federales del año pasado (IRS 1040, 1040A o 1040EZ), o una copia de las declaraciones de ingresos W-2 del año pasado. 2) evidencia de residencia en el Condado de Utah (contrato de alquiler, cuenta de servicios, etc.) 3) donación de \$50 para el área DENTAL.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Edad:	Fecha de nacimiento: mes / día / año	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	No. de Seguro Social. o ITIN.:
Domicilio: Calle Postal	Ciudad	Estado	Código	Condado	Número de teléfono (incluya el código de área)	

INFORMACION DE LA FAMILIA

Nombre del solicitante, padre o guardián: Apellido Primer nombre Segundo nombre		Ingreso bruto mensual:	Parentesco con el solicitante
Nombre del empleador o fecha del ultimo empleo:	Dirección del empleador:		Numero telefónico del trabajo (incluya el código de área) ()
Nombre del esposo/a: Apellido Primer nombre Segundo nombre		Nombre del jefe del/ de la esposa/a:	
Dirección del empleador del esposo/a:		Ingreso bruto mensual del esposo/a:	Numero telefónico del trabajo del esposo/a (incluya el código de área) ()
¿Esta usted o su cónyuge recibiendo ... (Marque los que correspondan): compensación laboral <input type="checkbox"/> SSI/SSA subsidio por desempleo discapacidad Cantidad \$ _____ mensual/anual			¿Recibe manutención? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____ mensual/anual
¿Tiene usted o el solicitante seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si tuviera, por favor escriba el nombre de la compañía de seguro	¿Tiene usted o el solicitante seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si tuviera, por favor escriba el nombre de la compañía de seguro		Estado civil del solicitante o del responsable: __Soltero __Casado __Divorciado __Separado __Viudo
¿Participan usted o sus hijos de CHIP, Medicaid o PCN? Si participan, por favor escriba los nombres de las personas y el tipo de cobertura médica.		¿Han llenado usted o sus hijos una solicitud para CHIP, Medicaid o PCN? Favor de explicar:	
Número del niños en el hogar:	Número de adultos en el hogar:	INGRESO BRUTO MENSUAL EN EL HOGAR:	

CONTACTO DE EMERGENCIA/ ALTERNATIVO

Nombre del Contacto: Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Domicilio: Calle Postal	Ciudad	Estado Código Condado Numero de teléfono

FOR OFFICE USE ONLY

Date Received: _____	Eligible / Ineligible	Poverty Level _____	Date photo was taken: _____
CHC ID # _____	Intake person: _____	App. - <input type="checkbox"/>	Med-Den history - <input type="checkbox"/>
	Reviewed by: _____	Consent - <input type="checkbox"/>	HIPPA - <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN PERSONAL (opcional)

1. Como escuchó el solicitante sobre Community Health Connect?

- Volunteer Care Clinic Mountainland Cliente de CHC Enfermera de la escuela
- Departamento de salud Food & Care Coalition Health Clinics of Utah
- Organizaciones religiosas Nombre del médico o dentista: _____
- Otro _____

2. Origen étnico (marque uno): Indio americano o nativo/a de Alaska Afro americano

- Isleño del Pacífico o de Asia Hispano Anglo
- Otro (especifique por favor) _____

3. Afiliación Religiosa (marque uno): católico Mormón Judío Metodista Luterano

- Presbiteriano Bautista Episcopal Iglesia Unida de Cristo Otro _____

4. ¿Es el solicitante ciudadano de los Estados Unidos o residente legal? Ciudadano

- Residente Otro

5. Nivel de educación: Universitaria Secundaria Primaria Otro _____

PROBLEMA MÉDICO O DENTAL

¿Cuáles son los problemas específicos por los cuales requiere los servicios de Community Health Connect?

¿Ha sido usted referido a un médico? Sí No

¿Necesita un intérprete para sus citas médicas o dentales? Sí No

Sí? Nombre de la clínica _____ Nombre del médico _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Entiendo que este formulario se aceptará solamente si el solicitante cumple con los requisitos para recibir los beneficios. Autorizo la divulgación de información económica, médica u otra información que Community Health Connect necesite para determinar mi elegibilidad. Al firmar este formulario, autorizo a CHC para verificar la información proporcionada.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta de mi mejor conocimiento.

Firma del solicitante, padre o guardián

Fecha

HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____

Médico personal: _____ Fecha: _____

Fecha de su último examen físico: _____

SU HISTORIA MÉDICA

¿Goza de buena salud? Si No

¿Está recibiendo tratamiento médico? Si No ¿Para qué? _____

¿Está tomando algún medicamento? Si No ¿Cuál? _____

¿Ha sido hospitalizad/a o ha tenido una cirugía en los últimos dos años? Si No

Si la respuesta es sí, ¿para qué? _____

¿HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

SIDA	S	N	Claustrofobia	S	N
Artritis / Reumatismo	S	N	Herpes	S	N
Prótesis artificial	S	N	Alta Presión	S	N
rodilla, cadera, válvula del corazón, etc.			HIV Positivo	S	N
Asma	S	N	Problemas de los riñones	S	N
Problemas de sangrado	S	N	Píldora (anticonceptivo)	S	N
Cáncer	S	N	Osteoporosis	S	N
Diabetes	S	N	Ha usado Phen-Fen	S	N
Enfisema	S	N	Está embarazada	S	N
Glaucoma	S	N	Fiebre reumática	S	N
Problemas del corazón	S	N	Enfermedades venerás	S	N
<i>Infarto, embolia, marcapasos,</i>			Sinusitis	S	N
<i>Válvula dañada etc.</i>			Tiroides	S	N
Hepatitis	S	N	Tuberculosis	S	N
Fuma o usa tabaco	S	N	Úlceras	S	N
			Otras enfermedades		

¿TIENE ALERGIA / O TIENE DIFICULTAD PARA TOMAR:

Aspirina	S	N	¿Otros antibióticos?
Codeína	S	N	_____
Anestesia (Novocaina)	S	N	¿Otros medicamentos?
Penicilina	S	N	_____

¿Tiene alguna condición médica de la cual deberíamos saber que pudiera afectar su tratamiento?

SU HISTORIA DENTAL

Fecha de su último examen dental: _____

¿Ha notado:

Sus dientes delicados al masticar	S	N
Sangrado de las encías	S	N
Mal aliento	S	N
Creación de espacios entre dientes	S	N
Sensibilidad al calor, frío o cosas dulces	S	N
Áreas dolorosas en su boca	S	N
Dolor en/ o cerca de los oídos	S	N

¿Ha sido tratado alguna vez por:

Enfermedad de las encías	S	N
Ortodoncia (frenos)	S	N

¿Ha recibido instrucciones sobre el cuidado de los dientes y las encías?

¿Hay algo que le preocupe concerniente al tratamiento dental que nos pueda ayudar a brindarle una experiencia más grata? _____

Para el paciente, padre o guardián de pacientes menores de 18 años de edad: Certifico que las respuestas a las preguntas de la salud son exactas y correctas de mi mejor conocimiento. Ya que un cambio en mi condición médica o de medicamentos puede afectar el tratamiento, entiendo la importancia de comunicarlo, y estoy de acuerdo en notificárselo a los profesionales de la salud en la próxima cita.

Firma del paciente, padre, o guardián

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Yo, (escriba su nombre en letra de molde) _____ doy consentimiento y autorizo al proveedor de servicios para la salud a que realice los procedimientos de diagnóstico para determinar mi situación actual y el tratamiento a seguir.

También doy consentimiento y autorizo al proveedor de servicios para la salud, a quien **CHC** me haya enviado o me envíe, a proveer tratamiento.

Entiendo que después que el tratamiento haya comenzado puede ser que otros procedimientos, que no hayan sido planeados originalmente, sean necesarios.

Entiendo que ni **CHC**, ni los proveedores de servicios para la salud a quienes se me ha enviado me han dado ni me darán ninguna garantía como resultado de los exámenes o tratamiento.

Doy consentimiento y autorizo al personal de **CHC** y al personal de la oficina a la cual **CHC** me envié, a usar mi historial médico y dental con el propósito de mejorar mi estado de salud médico o dental.

Entiendo que el profesional de la salud brinda servicios sin recibir remuneración o compensación alguna, y que a cambio de recibir asistencia médica gratuita, renuncio a cualquier derecho a demandar a alguien en caso de negligencia médica, excepto en los casos de omisión que sean extremadamente negligentes o intencionales e injustificados.

Para el paciente, padre o guardián de pacientes menores de 18 años de edad: Se me ha explicado este formulario y certifico que entiendo y doy consentimiento a su contenido, y que he recibido una copia de este formulario.

Firma del solicitante, padre o guardián

Fecha



COMMUNITYHEALTH
CONNECT

AUTORIZACION PARA PROPORCIONAR INFORMACION

INFORMACION DEL SOLICITANTE		
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE :	SEGUNDO NOMBRE:
DOMICILIO:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:

Descripción de la información que se vaya dar a conocer
<p>El paciente identificado arriba autoriza que se de a conocer toda la información médica protegida en cualquier forma (incluyendo oral, escrita y electrónica) a Community Health Connect (CHC), y a su vez, que se proporcione a aquellos que soliciten datos e información para sus agentes, coordinadores, médicos, hospital, y las entidades y las organizaciones especificadas abajo. El paciente solicita expresamente que todas las entidades cubiertas bajo HIPAA proporcionen completamente la información protegida concerniente al paciente. Esto incluye, pero no se limita a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los expedientes médicos, incluyendo, pero sin limitarse a: hospitalización y tratamiento en la sala de emergencia; todas las cartas clínicas, informes, documentos, correspondencia, resultados de exámenes, declaraciones, cuestionarios/historiales, informes de exámenes, notas escritas a mano por la oficina o el doctor, y expedientes recibidos de otros doctores o proveedores de servicios médicos; • Todos los informes de laboratorios, histología, citología, patología, tomografía computarizada, imagen de resonancia magnética, ecocardiogramas; • Todas las radiografías. • Todos los expedientes de recetas para farmacia; • Toda la información del seguro medico o de la facturación.

Organización facilitando la información	Organización recibiendo la Información	
Community Health Connect	Department of Workforce Services Division of Child and Family Services Division of Services for People with Disabilities Primary Care Network Health Clinics of Utah Central Utah Clinic Mountainlands Community Health Center Primary Care Providers Specialty Physicians Proveedores de servicios para la salud mental Distritos escolares	Health Clinics of Utah Utah Valley Regional Medical Center Mountainview Hospital Timpanogos Hospital Surgical Centers Case Manager/ Family Advocate State/ Local Health Dept. (incluyendo WIC) Substance Abuse Treatment Providers Caring Foundation for Children Dental Providers Otros

Propósito del uso o el dar a conocer de la información
El dar a conocer de esta información se solicita con el propósito de obtener acceso a asistencia médica para aquellas personas que tienen necesidades económicas y poder ofrecer evaluación y tratamiento adicional del paciente.

Esta autorización para proporcionar información a las personas u organizaciones arribas mencionadas vence un año a partir de la fecha firmada.

Entiendo:

- Autorizo el uso o el dar a conocer de mi historia médica individualmente identificable, como se describe anteriormente, para el propósito mencionado.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Tengo derecho a revocar esta autorización enviando un aviso a **Community Health Connect** a 250 West Center Street # 111, Provo, UT 84601 para detener esta autorización. La autorización caducará en la fecha que se reciba el aviso.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que el Aviso de Privacidad de Prácticas provee instrucciones si decido revocar mi autorización.
- Entiendo que, después que la información es divulgada bajo esta autorización, esta puede, a su vez, ser divulgada por el destinatario, y de ser así, la información ya no será protegida por las normas de privacidad federales o del estado.
- Entiendo que tengo derecho de rechazar a firmar esta autorización;
- Entiendo que estoy firmando esta autorización voluntariamente, y que el tratamiento, pago o la elegibilidad para recibir beneficios no serán afectados si no firmo esta autorización.
- Cualquier fax, copia o fotocopia de la autorización, autoriza la divulgación de todos los expedientes adjuntos solicitados.
- Entiendo que estoy firmando esta autorización voluntariamente y que tanto el tratamiento, como el pago o la elegibilidad para recibir beneficios no serán afectados si no firmo esta autorización. Como consecuencias a no firmar esta autorización, mis expedientes de información personal, facturación y otra información sensible no será compartida con socios externos, lo que complicará la tarea de Community Health Connect de ofrecer tratamiento adicional.

Firma:	Fecha:
--------	--------