



### Formulario de Inscripción

**Instrucciones:** Favor de entregar lo siguiente con el formulario completo: 1) **Prueba de ingresos** (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 dos o más reciente declaración de ingresos). 2) **Evidencia de residencia en el Condado de Utah** (contrato de alquiler, factura de servicios públicos, etc.) 3) **\$20 inscripción de membresía** (buena por 6 meses).  
 • Pacientes calificados serán elegibles para los servicios por 6 meses, y, a continuación, será necesario renovar su solicitud con información de ingresos actualizada y renovación de inscripción de membresía.

#### 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)	
Tiempo viviendo en Utah			Estado civil del solicitante o del responsable: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo			

#### 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 ( )
¿Esta usted o su cónyuge recibiendo ... (Marque los que correspondan): compensación laboral <input type="checkbox"/> SSI/SSA subsidio por desempleo <input type="checkbox"/> discapacidad <input type="checkbox"/> Cantidad \$ _____ mensual/anual			¿Recibe manutención? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____ mensual/anual	
Otro tipo de Ingreso	INGRESO BRUTO MENSUAL EN EL HOGAR:			
¿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			
¿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:	
Correo electrónico donde podamos comunicarnos con usted			Número del niños en el hogar:	Número de adultos en el hogar:

#### CONTACTO DE EMERGENCIA (debe ser distinta de contacto del paciente)

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

#### FOR OFFICE USE ONLY

Date Received: \_\_\_\_\_ By (Initials): \_\_\_\_\_ Poverty Level \_\_\_\_\_ Eligible / Ineligible  
 Application Complete  Photo Taken  \$20 collected  Referral Provided  Income Verification  Address Verification  
 Copy of Patient Responsibilities  New Patient Checklist Started

### 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 medico?   Sí    No

Sí? Nombre de la clínica \_\_\_\_\_ Nombre del medico \_\_\_\_\_

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

### 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 ALERGIJA / 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:	CÓDIGO 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 <b>Community Health Connect (CHC)</b>, 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"> <li>• 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;</li> <li>• Todos los informes de laboratorios, histología, citología, patología, tomografía computarizada, imagen de resonancia magnética, ecocardiogramas;</li> <li>• Todas las radiografías.</li> <li>• Todos los expedientes de recetas para farmacia;</li> <li>• Toda la información del seguro medico o de la facturación.</li> </ul>

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:
--------	--------