



Responsabilidades del Solicitante

Community Health Connect (CHC) ha contactado a médicos, dentistas y otros especialistas locales que se han ofrecido como voluntarios para ayudarle a que recupere la salud y se mantenga sano(a). Éste no es un programa del gobierno o un “derecho”. Nuestra asistencia puede terminarse a cualquier hora y por cualquier motivo. CHC no cubre los gastos debido a salas de emergencias, servicios de ambulancia, tarifas de laboratorio, exámenes o cualquier otro gasto separado. Las responsabilidades en este programa, los servicios disponibles y otras condiciones del programa pueden cambiar en cualquier momento. Nos reservamos el derecho de requerir que pague por asistencia recibida debido a información incorrecta que usted haya dado.

POR FAVOR PONGA SUS INICIALES EN LA LINEA PARA INDICAR QUE HA LEIDO Y ENTIENDE CADA RESPONSABILIDAD:

- _____ Yo (nombre del solicitante) _____ estoy de acuerdo en cumplir con las siguientes responsabilidades:
- _____ 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, le 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 revisará el asunto individualmente.
- _____ Entiendo que seré responsable de pagar los gastos relacionados a consultas que no hayan sido programadas por los empleados de CHC.
- _____ Entiendo que si recibo facturas (cobros) debido a servicios dados 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.
- _____ Daré de inmediato cualquier información que el programa me pida. Si no entrego la información requerida dentro de 10 días, se me negará el recibir los beneficios.
- _____ Permitiré que toda información acerca de mi participación en el programa se comparta con otras personas, organizaciones y agencias, a discreción única de CHC.
- _____ Si CHC lo pide, llenaré el formulario para Medicaid u otros programas de asistencia.
- _____ Informaré inmediatamente a CHC si mis ingresos cambian o si logro calificar para Medicare, Medicaid, seguro particular u otro seguro médico o beneficios médicos.
- _____ Informaré inmediatamente a CHC sobre cualquier cambio de domicilio o número telefónico.
- _____ Entiendo que los proveedores están dando sus servicios sin recompensación y me portare con profesionalidad y una actitud cortés en todo momento. Respetare el tiempo del doctor/dentista y los que están en su oficina. Apagare mi celular durante la cita. Entiendo que la oficina del proveedor no es una guardería y no llevare a mis niños a la cita sin llevar a alguien que los va a cuidar.
- _____ Entiendo que tengo la responsabilidad de llegar a tiempo a TODAS las citas programadas. Si no puedo hacer arreglos para llegar a una cita, llamaré a CHC por lo menos 24 horas (un día) antes de la cita para cancelarla. En el caso de una cirugía, llamare al CHC 72 horas (tres días) antes de la cita para cancelar.
- _____ Entiendo que es mi responsabilidad llegar a todas citas a tiempo. Si llego tarde y la oficina decide cambiar la fecha de la cita, entiendo que se considera lo mismo que esta cancelada.
- _____ Entiendo que se me pedirá que pague \$25 para reestablecer mi elegibilidad si falto a una cita. Si falto a dos citas, se me sacará del programa.
- _____ Entiendo que si falto una cirugía se sacara del programa de inmediato, sin la oportunidad de seguir en el programa de CHC.

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 anteriores, 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 su aplicación completa: 1) Una copia de dos meses de talones de cheque de pagos mas recientes o 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) prueba de residencia en el Condado de Utah (es decir, contrato de arrendamiento, cuenta de utilidades, etc.) 3) \$50 de donación para lo DENTAL.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Nombre: Apellido	Primer Nombre	Segundo	Edad:	Fecha de nacimiento: (mes/día/año)	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	No. de Seguro Social. o No 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 legal (si se aplica): Apellido Primer nombre Segundo nombre		Ingreso mensual total:	Parentesco con el solicitante
Nombre de la compañía	Dirección de la compañía		Numero de trabajo ()
Nombre del esposo (a) (si se aplica): Apellido Primer nombre Segundo nombre		Nombre del jefe del (de la) esposo (a):	
Dirección de la compañía del esposo (a):		Ingreso bruto mensual del esposo (a):	Nombre del trabajo del esposo (a) ()
¿Usted o su cónyuge reciben...? (Marque los que se apliquen): compensación laboral <input type="checkbox"/> SSI/SSA subsidio por desempleo discapacidad Cantidad en dólares \$ _____ mensual/anual			¿Recibe ayuda para los hijos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____ mes/año
¿Usted o el solicitante tienen seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si sí por favor escribe el nombre de la compañía de seguro	¿Usted o el solicitante tienen seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si sí por favor escribe el nombre de la compañía de seguro		Estado civil del solicitante o de la parte responsable: ___Soltero ___Casado ___Divorciado ___Separado ___Viudo
¿Usted o sus hijos participan en CHIP, Medicaid o PCN? Si sí por favor escribe los nombres de las personas y el programa en que participan.		¿Usted o sus hijos se ha aplicado a CHIP, Medicaid, o PCN? favor de explicar:	
Número del niños en el hogar:	Número del 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 del 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"/>	Patient Res. - <input type="checkbox"/>
	Reviewed by: _____	Consent - <input type="checkbox"/>	HIPPA - <input type="checkbox"/>	

CUESTIONARIO SOBRE EL HISTORIAL PERSONAL (opcional)

1. Como se enteró de "Community Health Connect"?

- Volunteer Care Clinic Mountainlands CHC cliente Enfermera de la escuela
- Departamento de salud Food & Care Coalition Health Clinics of Utah
- Personas religiosas Nombre del medico o dentista: _____
- Otro _____

2. Origen étnico (marque uno): Indio americano Isleño del Pacifico o de Asia Afro americano

- Hispano Anglo Otro (especifique por favor) _____

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

- Presbiteriano Bautista Episcopal Iglesia unida de Cristo Otro _____

4. Es solicitante ciudadano de los Estado Unidos o residente legal? Ciudadano Residente

- Otro

5. Nivel de educación: Universitaria Secundaria Primaria Otro _____

PROBLEMA MEDICO O DENTAL

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

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

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Entiendo que este formulario se aceptara solo si el solicitante cumple con los requisitos para recibir los beneficios. Autorizo a que se divulgue cualquier información económica, medica u otra información a Community Health Connect que sea necesaria para determinar si recibiré los beneficios o no. Al firmar este formulario, doy permiso a CHC para verificar la información proporcionada.

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

Firma del solicitante, padre o guardián

Fecha

HISTORIA CLINICA

Nombre: _____

Medico Personal: _____ Fecha: _____

Fecha de su ultimo examen fisico: _____

SU HISTORIA MEDICA

¿Esta usted de buena salud? Si No

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

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

¿Ha sido hospitalizado(a) o ha tenido una cirugía en los últimos dos años? Si No

Si si, ¿para qué? _____

¿HA TENIDO UNA 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
Válvula del corazón, Cadera, Rodilla			HIV Positivo	S	N
Asma	S	N	Problemas de los riñones	S	N
Problemas de sangrar	S	N	Pildora (anticonceptivo)	S	N
Cáncer	S	N	Osteoporosis	S	N
Diabetes	S	N	Ha usado Phen-Fen	S	N
Emphysema	S	N	Está embarazada	S	N
Glaucoma	S	N	Fiebre reumática	S	N
Problemas del corazón	S	N	Enfermedades venerás	S	N
<i>Infarto del corazón, embolia,</i>			Sinusitis	S	N
<i>Válvula dañada etc.</i>			Tiroides	S	N
Hepatitis	S	N	Tuberculosis	S	N
Usa tabaco o fuma	S	N	Ulceras	S	N
			Otras enfermedades		

¿TIENE USTED ALERGIA A LOS SIGUIENTE?

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

¿Hay alguna otra condición medica que pueda afectar su tratamiento?

SU HISTORIA DENTAL

Fecha de su último examen dental: _____

¿Ha notado lo siguiente?

Dientes delicados al masticar	S	N
Sangran la encías al cepillar	S	N
Tiene mal aliento	S	N
Lugares dolorosos o malos en los dientes	S	N
Sensibles al frío, caliente o dulce	S	N
Hay áreas de dolor en la boca	S	N
Dolor en/ o cerca de los oídos	S	N

¿Ha recibido uno de los siguientes tratamientos?

Enfermedad de las encías	S	N
Frenos	S	N

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

¿Tiene usted CUALQUIERA concierne acerca del tratamiento dental que nos ayudará darle una experiencia más cómoda? _____

Para Pacientes, el Padre o el Guardián de Pacientes Bajo 18 Años de la Edad: certifico que las respuestas a las preguntas de la salud son exactas y correctas al mejor de mi conocimiento. Desde que un cambio de la condición o medicinas médicas puede afectar el tratamiento, yo entiendo la importancia de y concuerdo en notificar el profesional de asistencia médica de cualquiera cambia en alguna cita subsiguiente.

La firma de Paciente, del Padre, o del Guardián

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR DIAGNOSTIC Y TRATAMIENTO

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

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

Entiendo que después que se empiece el tratamiento puede ser que otros procedimientos sean necesarios aunque no hayan sido planeados originalmente.

Entiendo que **CHC** o el proveedor de salud al cual **CHC** me envió no me han dado ni me darán ninguna garantía como resultado de los exámenes o tratamiento.

Entiendo que la coordinación de servicios auxiliares podría incluir que mi información sea compartida entre varias agencias de la comunidad. Doy consentimiento y autorizo al personal de **CHC** y al personal de la oficina a la cual **CHC** me envié, de usar mi historial médico, dental, facturación, o cualquier otro tipo de información médico o dental.

Entiendo que el proveedor de salud y voluntarios otorga los servicios sin remuneración o compensación y que a cambio de recibir asistencia médica sin pago, yo renuncio a cualquier derecho de demandar a alguien en caso de negligencia médica, excepto en los casos de omisión muy negligentes o voluntariosos y dañosos.

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 que doy consentimiento al contenido y que he recibido una copia del formulario.

Firma del solicitante, padre o guardián

Fecha



COMMUNITYHEALTH
CONNECT

FORMULARIO DE DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

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

Descripción de la Información
<p>El paciente identificado arriba autoriza el acceso de toda la información médica protegida en cualquier forma (oral incluyendo, escrito y electrónico) a Community Health Connect (CHC), y re-acceso de los solicitantes de los datos y la información a sus agentes, los coordinadores, médico, hospital, y las entidades y las organizaciones especificadas abajo. El paciente expreso solicita que todas las entidades cubiertas debajo de HIPAA divulguen la información protegida completa y completa de la salud referente al paciente. Esto incluye, pero no se limita a, el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los expedientes médicos, esto incluye, pero no se limita a: hospitalizado y tratamiento del sitio de emergencia; todas las cartas clínicas, informes, documentos, correspondencia, resultados de la prueba, declaraciones, cuestionarios/historias, informes del examen, oficina y notas manuscritas del doctor, y expedientes recibieron la de otros médicos o abastecedores del cuidado médico; • Todo el laboratorio, histología, cystología, patología, exploración de CT, MRI, ecocardiograma divulga; médicos o abastecedores del cuidado médico; • Todos los expedientes de la prescripción de la farmacia; • Todo el seguro o información de la facturación.

Organización Facilitando la Información	Organización Recibiendo la Información	
Community Health Connect	Dept. 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 Mental Health Providers School Districts	Health Clinics of Utah Utah Valley Regional Medical Center Mountainview Hospital Timpanogos Hospital Surgical Centers Case Manager/ Family Advocate State/ Local Health Dept. (Including WIC) Substance Abuse Treatment Providers Caring Foundation for Children Dental Providers Other

Propósito Para el Uso o el Divulgo de la Información
El divulgó de esta información se solicita para el propósito de obtener el acceso a la asistencia médica y a aún más la evaluación y tratamiento del paciente.

Esta autorización para el divulgó de la información a Community Health Connect se expirará en un año a partir de la fecha firmada.

Entiendo:

- Autorizo el uso o el acceso de mi historia médica como se describe anteriormente para el propósito enumerado.
- Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización enviando un aviso a **Community Health Connect** a 250 West Center Street # 111, Provo, UT 84601. La autorización para la fecha que se reciba mi aviso.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que la Aviso De Prácticas De Privacidad da instrucciones si elijo revocar mi autorización.
- Entiendo que, después de que la información sea divulgada, bajo esta autorización, puede ser divulgada por el recipiente, y si es divulgada, la información no será protegida más por las reglas federales o del estado del aislamiento.
- Entiendo que conservo el derecho de rechazar firmar la autorización;
- Entiendo que estoy firmando esta autorización voluntariamente, y que tratamiento, pago o la elegibilidad para mis beneficios no serán afectados si no firmo esta autorización.
- Entiendo que estoy firmando esta autorización voluntariamente y que tratamiento, pago o la elegibilidad para beneficios no será afectada si no firmo esta autorización. Las consecuencias si no firmo esta autorización serán: información personal, expedientes, facturación, o otra información sensible, no será compartida con los socios externos, y será difícil para de proporcionar el tratamiento adicional para el paciente.
- Cualquier facsimile, copia o fotocopia de la autorización, autoriza el divulgo de todos los expedientes solicitados adjunto.

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