



Formulario de Inscripción

COMMUNITYHEALTH
CONNECT

Para calificar para los servicios a través de CHC, por favor envíe el siguiente con su solicitud completa:

- 1) Prueba de ingresos (copia de la primera página de los impuestos IRS, W-2, o talones de cheque por dos meses)
- 2) Evidencia de domicilio en el condado de Utah (contrato de alquiler, factura de servicios públicos, etc)
- 3) Referencia escrita por un médico indicando la necesidad de servicios médicos
- 4) \$20 inscripción de membresía, efectivo por 6 meses; renovable con información de ingresos y pago de \$20

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Dirección: _____ Edad: _____ Social Security # _____ - _____ - _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____ hace cuanto? _____ Teléfono: () _____

Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Nombre del Esposo/a: _____

Solicitante empleado: a pleno tiempo jornada reducida temporal desempleado jubilado discapacitado estudiante

Empleador del Solicitante: _____ Teléfono: () _____

Empleador del Esposo/a : _____ Teléfono: () _____

Persona Responsable, padre o guardián: _____ Parentesco con el Solicitante: _____

Dirección: _____ Teléfono del Responsable: _____

Contacto de emergencia: _____ Parentesco con el solicitante: _____ Teléfono: _____

Ingreso (BRUTO) Mensual en el Hogar Número de individuos en el hogar: adultos _____ niños _____

Tipo de ingreso:	Cantidad por mes:
Ingresos del paciente:	\$
Ingresos de la persona responsable:	\$
Ingreso bruto del esposo/a:	\$
Recibido por medio de compensación laboral, SSI, SSA, desempleo, discapacidad, WIC, etc:	\$
Recibido por manutención para los niños:	\$
Asistencia recibido de familia, iglesia, amigos (renta, comida, utilidades públicas):	\$
Otro tipo de ingreso o asistencia financiera:	\$
INGRESO RECIBIDO MENSUALMENT POR TODOS QUE VIVEN EN EL HOGAR:	\$

Tiene usted o el solicitante seguro dental?
No Sí Nombre de la compañía de seguro: _____

Tiene usted o el solicitante seguro médico?
No Sí Nombre de la compañía de seguro: _____

Participa usted o sus hijos de CHIP, PCN o Medicaid?
No Sí (escriba los nombres y tipo de cobertura al revés) _____

Ha llenado usted o sus hijos una solicitud para CHIP, PCN o Medicaid?
No Sí Cuando? _____ Ha recibido un rechazo por uno de estos? No Sí

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA - para ayudarnos a entender mejor quienes son nuestros clientes. (opcional)

Cómo se enteró usted o el solicitante acerca Community Health Connect?

- Clínica Voluntaria Mountainlands enfermera de escuela Health Clinics of Utah Departamento de salud
 Gappmeyer Clinic Dixon Clinic nombre del doctor o dentista: _____ Amigos o parientes

Etnicidad:

- Afran-Americano Asiático Europeo Indio Americano Hispánico Islas Pacíficas

Afiliación religiosa (marque uno):

- Católico Judío Mormón Protestante religión oriental Otro

Nivel de educación:

- primaria secundaria universitaria otro

Ciudadano o Residente Legal de los Estados Unidos:

- Ciudadano Residente otro

Cuáles son los problemas o las síntomas específicas por los cuales requieren los servicios de Community Health Connect?

Ha recibido servicios diagnósticos por esta necesidad en particular? (Rayos Equis, examen de sangre, etc.) Sí No

Nombre de la clínica: _____ Fecha del servicio: _____

INTERPRETE: Necesita usted un intérprete para sus citas médicas o dentales? Sí No

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Entiendo que este formulario se aceptará 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 necesita para determinar mi elegibilidad. Al firmar este formulario, autorizo a CHC para verificar la información proporcionada.

Firma del solicitante, padre o guardián

Parentesco con el solicitante

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN



COMMUNITYHEALTH
CONNECT

Información del solicitante

<i>Apellido:</i>	<i>Primer nombre:</i>	<i>Segundo nombre:</i>
<i>Domicilio:</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado:</i>
		<i>Código postal:</i>

Descripción de la información que se vaya dar a conocer

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:

- 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 del 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, ecocardiograma;
- Todas las radiografías.
- Todos los expedientes de recetas para farmacia;
- Toda la información del seguro médico o de la facturación.

Organización facilitando la información	Organización recibiendo la Información		
Community Health Connect	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"> Department of Workforce Services DCFC (servicios del estado de Utah para niños y familias) DSPD (servicios del estado para gente con discapacidades) PCN Primary Care Network Health Clinics of Utah Central Utah Clinic Mountainlands Community Health Center proveedores de servicios médicos para familias doctores de especialidades proveedores de servicios para la salud mental escuelas públicas </td> <td style="width: 33%;"> Health Clinics of Utah Utah Valley Regional Medical Center Mountainview Hospital Timpanogos Hospital centros de cirugía Case Manager/ Family Advocate Departamentos de salud (incluyendo WIC) proveedores sobre abusos sustantivos Caring Foundation for Children proveedores de servicios dentales otros _____ </td> </tr> </table>	Department of Workforce Services DCFC (servicios del estado de Utah para niños y familias) DSPD (servicios del estado para gente con discapacidades) PCN Primary Care Network Health Clinics of Utah Central Utah Clinic Mountainlands Community Health Center proveedores de servicios médicos para familias doctores de especialidades proveedores de servicios para la salud mental escuelas públicas	Health Clinics of Utah Utah Valley Regional Medical Center Mountainview Hospital Timpanogos Hospital centros de cirugía Case Manager/ Family Advocate Departamentos de salud (incluyendo WIC) proveedores sobre abusos sustantivos Caring Foundation for Children proveedores de servicios dentales otros _____
Department of Workforce Services DCFC (servicios del estado de Utah para niños y familias) DSPD (servicios del estado para gente con discapacidades) PCN Primary Care Network Health Clinics of Utah Central Utah Clinic Mountainlands Community Health Center proveedores de servicios médicos para familias doctores de especialidades proveedores de servicios para la salud mental escuelas públicas	Health Clinics of Utah Utah Valley Regional Medical Center Mountainview Hospital Timpanogos Hospital centros de cirugía Case Manager/ Family Advocate Departamentos de salud (incluyendo WIC) proveedores sobre abusos sustantivos Caring Foundation for Children proveedores de servicios dentales 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 arriba mencionadas vence un año a partir de la fecha firmada.

Entiendo que:

- 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 591 S. State St. Provo UT 84606 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.

_____	_____	_____
<i>firma del solicitante, padre o guardián legal</i>	<i>parentesco al solicitante</i>	<i>fecha</i>

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



COMMUNITYHEALTH
CONNECT

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 envíe, 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



Responsabilidades del Solicitante

Community Health Connect (CHC) es una organización médica sin fines de lucro. Hemos 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. No formamos parte de una compañía de seguros, ni tampoco es este un programa del gobierno o un “derecho”. Trabajamos como defensores de pacientes para coordinar la atención prestada por los voluntarios de toda la comunidad. CHC no pagara por cualquier servicio. Coordinamos donaciones, o descuentos y todos los cuidados deben ser pre-excluyendo como los servicios y visitas a la sala de emergencia y servicios de ambulancia. Vamos a actuar como su defensor para ayudar a reducir los gastos tanto como sea posible, pero en última instancia, usted tiene la responsabilidad de su propia salud y por los gastos asociados. Sus responsabilidades bajo este programa, los servicios disponibles, y otras condiciones del programa se pueden cambiar en cualquier momento. Nuestra asistencia se puede terminar en cualquier momento y por cualquier motivo.

FAVOR DE PONER SUS INICIALES A LA IZQUIERDA PARA INDICAR QUE HA LEÍDO Y ENTIENDE CADA UNO DE LAS RESPONSABILIDADES:

- _____ Entiendo que CHC coordina servicios donados y rebajados pero a veces habrán facturas adicionales debido al laboratorio, hospitales, anestesiología, y otros servicios diagnósticos y honorarios, las cuales yo tengo la responsabilidad de pagar por estos servicios. Entiendo que CHC actuará como mi defensor a reducir **todos los gastos relacionados de asistencia médica** como sea posible, pero en última instancia, mi salud, el cuidado de mi salud, y las facturas relacionadas **son mi 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 harán los coordinadores de CHC. Si acaso se me ha hecho una cita, se lo **informaré** a CHC de **inmediatamente.** Entiendo que puedo hablar con mi coordinador de cuidados si tengo preguntas o inquietudes con respecto a esta póliza y el lo revisará caso por caso.
- _____ Tengo la responsabilidad por todos los **gastos** ocasionados por las citas que no sean programadas por medio del personal de CHC.
- _____ Entiendo que si recibo **facturas** en relación con los servicios prestados a partir de la red de CHC, tengo que traerlos a la oficina de CHC dentro de **una semana** de haberlo recibido si quiero la ayuda de un coordinador en la advocación para un descuento o para hacer un plan de pago.
- _____ Entiendo que debería seguir el plan de tratamiento establecido por los proveedores de servicios de CHC, y si decido no seguir este plan, No me van a mandar a un proveedor alternativo y que seré despedido del programa. CHC no manda pacientes para recibir una segunda opinión.
- _____ Proveeré de inmediato cualquier información que solicite el programa. Si no entrego la información requerida dentro de 10 días, será negada mi elegibilidad.
- _____ Aplicaré para Medicaid o otros programas de asistencia a petición de CHC.
- _____ Me pondré en contacto de inmediato con CHC si mis ingresos se han cambiado o si estoy cubierto por Medicare, Medicaid, seguro privado, o otro seguro de salud o beneficios médicos.
- _____ Me pondré en **contacto** de inmediato con CHC con cualquier cambio en **dirección de domicilio, número de teléfono o ingresos.**
- _____ Entiendo que la red de proveedores dona sus servicios, y voy a comportarme adecuadamente mientras que esté en su oficina, actuando con profesionalidad, cortesía, respetando el tiempo del proveedor, su oficina y su personal.
- _____ Entiendo que debería **apagar** mi teléfono celular durante cada cita. Entiendo que la oficina del proveedor no es una guardería, y no llevaré niños sin supervisión a las citas.
- _____ Si no puedo hacer los arreglos necesarios 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 es mi responsabilidad **llegar a tiempo a todas las citas.** Si llego tarde y se tiene que ser reprogramar la cita, entiendo que será apuntado como “cita pérdida”.
- _____ Si falto a una cita, seré despedido de todos los programas de CHC. Estoy consciente de que voy a ser capaz de alegar mi caso al gestión de CHC, y si acaso restablecen mi elegibilidad tendré que pagar \$25.00
- _____ Entiendo que si falto a una cirugía programada, me van a despedir de inmediato del programa.

Al firmar, confirmo que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones mencionadas y que he recibido una copia de este formulario. Si no sigo las directrices, podré ser finalizado de CHC.

Firma del paciente, padre o guardián

Fecha