



Consultorio Médico:

Estimado Paciente de Health Access:

Adjunto encontrará el formulario de re-inscripción para el programa de SCMS Health Access. Toda la información solicitada y los formularios son requeridos para que usted pueda calificar nuevamente. Por favor lea cuidadosamente y siga las instrucciones. Si tiene alguna pregunta relacionada con la información solicitada puede llamar a la oficina de Health Access al teléfono 235-0996.

Por favor asegúrese de colocar suficientes estampillas en el sobre y enviar toda la información solicitada a:

**SCMS Health Access
P.O.Box 615
Topeka, KS 66601-0615**

La oficina de Health Access no puede hacer copias para los clientes y no esta equipada para recibir ninguna tipo de material enviado personalmente. También puede enviar su aplicación por fax al 785-235-2385.

La re-inscripción no garantiza que usted puede calificar para continuar con el programa. Si usted no califica recibirá una carta en donde se le notificará porque fue descalificado.

Por favor tenga en mente la fecha de vencimiento de sus tarjetas y recuerde que no funcionarán después de esa fecha. Sus tarjetas se reactivarán cuando las reciba por correo.

Por favor recuerde de darle las gracias a los doctores y enfermeras que lo(a) han atendido y por el cuidado que tienen con usted. Ellos están donando sus servicios voluntariamente para ayudarle a que se mejore y se mantenga sano(a).

Gracias,
SCMS Health Access

HealthAccess Formulario de Re-inscripción

For Office Use Only

Dates of enrollment _____ to _____

Disenrolled Reason: _____

Nombre:
Dirección:
ID #: RX ID #:
Fechas de vigencia de la tarjeta de HealthAccess:

Formulario de Re-inscripción enviado:
Las aplicaciones deben enviarse a la oficina de HealthAccess (PO Box 615, Topeka, Kansas 66601) dentro de dos semanas. Thursday, November 28, 2019 Puede tomar de 3-4 semanas después de haber recibido estos formularios para completar su re-inscripción.)

¿Es la dirección de arriba su domicilio? Si No (Si marca no, por favor escriba la dirección donde vive.) _____

¿Es su dirección de correo diferente? No Si (Si marca si, por favor escriba la dirección.) _____

¿Cuál es el número telefónico de su casa? _____
¿Celular? _____
¿Trabajo? _____

¿Tiene Medicare, Medicaid, HealthWave, o cualquier otro tipo de beneficios médicos del estado/federal o seguro médico privado o un reclamo actual de compensación del trabajador o reclamos relacionados con la salud? No ____ Si ____ (Si marca si, por favor explique.) _____

¿Cuántos individuos viven actualmente en su casa? _____ Empezando con usted, por favor liste todos incluyendo su relación con usted. Si ellos son nuevos en su casa desde el su ultimo cheque, por favor indique cuando entraron ellos a su casa.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Yo Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación
_____	_____	_____
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

¿Han cambiado sus ingresos? No Si (Si marcó si, por favor díganos cómo cambiaron) _____

En los espacios abajo, por favor liste todos los ingresos de toda su casa de las últimas 4 semanas:			
	Nombre	Cantidad	Cada cuanto
Cheque de Pago			
Cheque de Pago			
Propinas			
TAF			
Apoyo de Niño			
Pensión Alimenticia			
Desempleo			
Compensación del trabajador			
Pensión			
Seguro Social			
SRS/Asistencia en Efectivo			
Otro Ingreso			

¿Cuál es su ingreso total mensual antes de las deducciones?: \$_____ (Por favor adjunte prueba de su ingreso de su cónyuge o padre de sus hijos si ellos viven con usted.)

¿Cuál es el número de su seguro social? _____

Si usted recibe beneficios del Seguro Social, ¿Cuándo será elegible para obtener Medicare? _____
Por favor adjunte verificación de de la oficina del Seguro Social.

Yo verifico que la información en esta solicitud es correcta y comprendo que va a ser compartida con mi doctor primario para verificar si usted es elegible para el programa.

Firma del Solicitante (o firma de la Madre o Padre del aplicante si es menor de 18 años) **Fecha**

1. Por favor reúna sus talones de cheques más recientes (4 semanas) y haga copias para enviarlos a HealthAccess. Si usted no tiene talones de cheque, Por favor proporcione una verificación por escrito del ingreso total de las últimas cuatro semanas de parte de la fuente de dichos ingresos. Si no existen ingresos en su casa, por favor proporcione por escrito una carta(s) de parte de la persona(s) que lo(a) están apoyando, dicha carta(a) deberá ser firmada y fechada por ellos.

2. Por favor lea, firme, y regrese los formularios de Responsabilidades del Paciente y de Consentimiento juntamente con la verificación de ingresos. El formulario de Responsabilidades del Paciente se le devolverá con sus nuevas tarjetas si es que usted aún califica, o recibirá una carta explicándole porqué ya no es elegible.

3. Por favor coloque la cantidad suficiente de estampillas en el sobre y envíe por correo este formulario, verificación de ingresos, el formulario de Consentimiento firmado, y Responsabilidades del Paciente firmado a la siguiente dirección:

**SCMS HealthAccess
PO Box 615
Topeka, KS 66601-0615**

Nota: La oficina de HealthAccess no puede hacer copias y el personal tiene prohibido aceptar materiales entregados a mano. También puede enviar su aplicación por fax al 785-235-2385.



RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Descripción del Programa

Los médicos, las clínicas del área, las farmacias, los hospitales, y muchos otros están donando sus servicios para ayudarle en su bienestar. A ello no se le paga por los servicios que le brindan a usted. Este no es un programa del gobierno ni un programa por derecho. El cuidado donado puede terminar en cualquier tiempo, por cualquier razón. Health Access no incluye gastos de la sala de emergencia ni servicios de ambulancia. Al firmar este formulario usted autoriza a HealthAccess para que verifique lo que ha reportado durante el proceso de la solicitud., si usted preveo información falsa esto lo hace inelegible para Health Access usted puede ser financieramente responsable de pagar los servicios donados que recibió. Usted también puede recibir cobros por los cuales usted es responsable en caso de que necesite servicios que actualmente no se están donando para el programa de HealthAccess.

General

Usted esta de acuerdo con lo siguiente:

1. No hará ninguna cita con cualquier médico, clínica u hospital que no sea el lugar a donde usted ha sido referido.
2. Seguirá su plan de tratamiento, por ejemplo: obtendrá medicamentos recetados y los tomará debidamente.
3. Rápidamente proveerá cualquier información que pueda ser requerida por el programa en el tiempo requerido.
4. Permitirá que toda la información relacionada con su participación en este programa sea compartida con otros individuos, organizaciones y agencias a la discreción de SCMS HealthAccess de acuerdo con las leyes estatales y federales.
5. Inmediatamente contactará su sitio de registro o SCMS HealthAccess si sus ingresos cambian o si empieza ser cubierto por Medicare, Medicaid, un seguro privado, u otro seguro médico o beneficios médicos.
6. Solicitará Medicaid, Healthwave u otros programas de asistencia si es elegible.
7. Dará autorización al State of Kansas de compartir información acerca de su elegibilidad para Medicaid y otros programas de SRS con los obreros de SCMS HealthAccess y con proveedores médicos.
8. Contactara SCMS HealthAccess inmediatamente con cualquier cambio de su domicilio o número de teléfono.

Referencias

Usted esta de acuerdo que:

1. Mantendrá cada cita del medico. (si usted falta 3 o mas citas en 12 meses sin avisar la oficina del medico por lo menos 24 horas antes de su cita, usted será removido del programa.)
2. Si usted no puede mantener una cita, usted es responsable de notificar la oficina del medico con quien tiene la cita, por lo menos 24 horas antes de la cita para cancelar y hacer otra cita.
3. Presentar su SCMS HealthAccess tarjeta de Identificación del Paciente cada ves que usted visite su medico.
4. Llamar a su sitio de registro o medico de SCMS HealthAccess si es que usted necesita ser visto en otro lugar para cuidado medico.

Asistencia de Medicamentos

Usted entiende que:

1. Hay un cubrimiento máximo de 12 meses de \$1000, y un costo máximo de \$200 por prescripciones, al menos que fondos adicionales sean disponibles y autorizados por adelantado de SCMS HealthAccess.
2. La mayoría de los medicamentos son disponibles, pero no todos los medicamentos están disponibles en este programa. Su medico puede ser contactado y pedirle que use medicamentos que sean cubiertos bajo este programa.
3. Una farmacia puede parar de participar en cualquier tiempo por cualquier razón.
4. Un pago por prescripción será requerida de parte de la farmacia.
5. Usted tendrá que presentar su tarjeta de medicamentos de Prescription Network de Kansas cada vez que usted necesita llenar una prescripción.

Por favor Tome En cuenta

- HealthAccess no discriminara con respecto en raza, religión, color, sexo, incapacitación, edad, origen nacional o antepasado, o cualquier otra manera descrita en guías estatales y federales.
- HealthAccess no proporciona cuidado medico o servicios ni hace decisiones acerca de planes de tratamiento medico. Esas decisiones permanecerán entre los médicos y pacientes.
- Todos los voluntarios son contratados independientemente; ellos no son considerados agentes o trabajadores de HealthAccess.
- HealthAccess no es responsable por lesiones al cuerpo o resultados negativos que potencialmente son experimentados entre las provisiones de servicios por proveedores de cuidado voluntarios. HealthAccess no puede garantizar la habilidad, cuidado o entrenamiento de proveedores voluntario.

Al firmar este formulario usted confirma que entiende y esta de acuerdo con las condiciones arriba mocionadas y que la información de ingresos que proporcionó es precisa. Si usted no sigue las especificaciones arriba mencionadas, será removido del programa de SCMS HealthAccess

Firma del Solicitante (o Firma de la Madre o Padre si el Solicitante es menor de 18 años):

Fecha: _____



Autorización Para Permitir Revelación de Información de Salud Protegida

Yo autorizo a todos los proveedores del cuidado de la salubridad quienes proveen servicios o tratamientos a mi persona a través de Shawnee County Medical Society Foundation, Inc.'s Health Access Program para revelar información relacionada con todos los tratamientos médicos sin importar el formato, por eje., por escrito, verbal, o electrónico en la posesión de tal proveedor de cuidado médico (de aquí en adelante "oficina/hospital") al Shawnee County Medical Society y Shawnee County Medical Society Foundation, Inc., y a sus agentes, representantes, y empleados, incluyendo sin limitaciones a Blue Cross and Blue Shield of Kansas, Inc., State of Kansas, GraceMed, Stormont Vail, St. Francis Campus, y sus agentes, representantes, y empleados que dirijan, operen y evalúen el programa de HealthAccess. La Autorización se vencerá cuando se venza mi matrícula del Programa de HealthAccess.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar la Autorización por medio de entregar tal revocación en forma escrita a la oficina/hospital. Yo entiendo que Shawnee County Medical Society Foundation, Inc., puede terminar mi participación en el Programa de HealthAccess si yo revoco esta Autorización. Cuando los usos y revelaciones han sido hechos por medio de esta Autorización, pueden ser sujetos a revelación de nuevo por cualquier receptor y ya no será protegida por las leyes de la privacidad federal.

La Oficina/Hospital no condicionara mi tratamiento cuando proporcione autorización para este uso o revelación. Yo entiendo, sin embargo, que el programa de HealthAccess requiere que esta Autorización sea firmada antes de que yo sea permitido/permitida a participar en el Programa de HealthAccess.

Yo entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser usada o revelada bajo esta Autorización. Yo entiendo que puedo rechazar de firmar esta Autorización, pero si yo rehusó firmar esta Autorización, puede ser que yo no sea permitido/permitida a participar en el programa de HealthAccess. Yo entiendo que recibiré una copia de esta Autorización.

	Fecha: _____
Firma del Solicitante (Si el Paciente es un Menor menos de 18 años, el nombre del Menor es necesario)	
Firma del Solicitante (o Firma de la Madre o Padre o Representante del Solicitante si el paciente es Menor de 18 años)	
Descripción del Representante o Responsable del Paciente: _____	
	Fecha: _____

PREGUNTAS DE ENCUESTA: Favor de responder a las siguientes preguntas:

- 1) A sido atendido en la sala de emergencia de un hospital en los últimos 3 meses? Si ____ No ____
- 2) El cuidado de salud y recetas medicas que usted recibió por medio de HealthAccess, le ayudo a mejorarse para usted poder trabajar? Si ____ No ____ No aplica ____
- 3) Usted cree que su salud a mejorado? Si ____ No ____
- 4) Tiene usted comentarios adicionales?
