



Nuevo Paciente Aplicacion de Inscripcion – Uso temporal

Favor de enviar la aplicacion complete a:

HealthAccess, P.O Box 615, Topeka, KS 66601o por fax (785) 235-2385

Es necesario que envíe comprobante de ingresos de las ultimas 4 semanas. Si no hay ingresos, incluya una carta hecha por la persona que la esta ayudando.

Para preguntas llamenos al (785) 235-0996

Nombre: _____

Direccion: _____

Numero Telefonico de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Fecha de Nac.: _____ Edad: _____ Genero: _____

Seguro Social: _____

(Pregunta #1 es opcional)

1. Origen Etnico: _____

2. Nivel de Educacion: Menos de Secundaria: Graduado de Secundaria/Diploma:
Algo de Universidad: Graduado de Universidad:

3. Es usted un estudiante y menor de 21? Si No

4. Estado Civil: _____ Nombre de Esposo(a): _____
Fecha de Nacimiento: _____

5. Favor de listar todos los que viven en su casa? Relacion:

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

Nombre: _____ Fecha de Nac: _____

6. Vivienda (circule): Propio, Renta, Vive con Amigos/Familia, Albergue,
Otro _____

7. Esta usted trabajando? Si No (fecha del ultimo dia de trabajo?) _____

8. Contacto de Emergencia: _____
Telefono de Casa: _____ Trabajo: _____

9. A estado previamente inscrito en SCMS HealthAccess? Si No
10. Tiene usted Aseguranza privada, Medicare o Medicaid? Si No
11. Alguna vez ha usted obtenido Aseguranza, incluyendo beneficios del estado?
Si No Cuando y porque fue terminada? _____
12. Es posible que usted reciva Medicare, KanCare/Medicaid o otro tipo de Seguro Medico?
Si No Por favor explique: _____
13. Esta usted recibiendo algun tipo de asistencia de gobierno en algun estado?
Si No Por favor describa: _____
14. Recive usted pension alimenticia? Si No
15. Tiene usted alguna desabilidad relacionada al servicio militar y sirvio usted un promedio 3 anos?
Si No
Es usted elegible para beneficios de veteranos? _____
16. Es esto una lesion relacionado con su trabajo? No Si
Puede aplicar para desabilidad o para compensacion del trabajador? _____
17. Hay alguna accion legal relacionada con esta lesion/enfermedad? Si No
18. Recive algun tipo de beneficios de desabilidad? Si No
Describe: _____
19. **A) Historial Medico.** Mencione los nombres de los Medicos o Provedores de Asistencia Medica, los cuales a visto usted en el pasado.

- B)** A estado usted bajo el cuidado de alguno de los siguientes provedores de asistencia medica en los ultimos 12 meses? (marque todos los que apliquen)
Sala de Emergencia Centro de cuidados Urgentes GraceMed
Nombre de Doctor privado: _____
20. Su lesion o enfermedad le va a impedir trabajar por 12 meses o mas?
Si No
21. Cuanto es su ingreso total al mes antes de las deducciones? _____
Favor de enviar copia de talons de cheque de las 4 ultimas semanas. Si no hay ingreso en el hogar, favor de enviar una carta de las personas/identidad que le ayudan.

Firma del Paciente

Fecha



**Autorización Para Permitir Revelación
de Información**

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 matricula 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 menor 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: _____



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 les 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 provee 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: _____