

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:		Apellido:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:	Correo electrónico:
Estado civil:	Numero de teléfono: Casa: Celular:		Otro numero de teléfono:
Domicilio:			Código Postal:
¿Vive en el Condado de San Diego? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Idioma de preferencia:	Pertenencia étnica/raza:
Religión: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Musulmán <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Otro _____		Educación: <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> GED/certificado de preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria <input type="checkbox"/> Universidad o un nivel mas alto	
Estado de empleo: <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo			
Contactos de Emergencia:			
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____			
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____			
HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón <input type="checkbox"/> Anticoagulación <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Enfermedad del ojo <input type="checkbox"/> Enfermedad de las venas <input type="checkbox"/> Asma/COPD <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Enfermedad por reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Enfermedad de intestino <input type="checkbox"/> Gota <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple o Afección nerviosa <input type="checkbox"/> Claustrofobia <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia <input type="checkbox"/> Obesidad			
1. ¿En los últimos 6 meses, cuantas veces ha estado en la sala de emergencia? ____ 2. ¿A que hospital(es) fue? _____ 3. ¿En los últimos 6 meses, cuantas noches ha sido internado en el hospital? ____ 4. ¿En los últimos 6 meses, cuantas veces ha ido a su clínica de la comunidad? ____ 5. ¿En los últimos 30 días, cuantos días ha tenido síntomas de la condición por cual ha sido refiriendo al programa? ____ 6. ¿En los últimos 30 días, cuantos días no ha podido trabajar o cuidar de su familia por su condición medica? ____ 7. Indique como es su salud: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy Buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Mas o menos <input type="checkbox"/> Mala			

FAVOR DE INCLUIR CON SU APLICACIÓN LO SIGIENTE:

- **Comprobante de identificación:** incluya una identificación gubernamental con foto (licencia de conducir, matricula consular, o tarjeta de identificación del estado).
- **Comprobante de domicilio en San Diego:** incluya una factura de utilidad a su nombre o contrato de arrendamiento vigente.
- **Comprobante de ingresos:** consulte la seccion “Informacion Financiera” para mas detalles.
- **Estados de cuentas bancarias del ultimo mes.**
- **Notificacion de accion del programa publico al que ha aplicado (Medi-Cal, Medicare, etc).**
- **¿Esta actualmente sin hogar?** NO SI: incluya una carta del refugio donde usted vive. Explique su situación en la sección “Declaración de Circunstancias”.
- **¿Esta actualmente viviendo con una amistad o un familiar?** NO SI: incluya una carta escrita por la persona con la cual usted vive, junto con una factura de utilidad o contrato de arrendamiento a nombre de esa persona.

INFORMACIÓN DE BENEFICIOS MEDICOS

¿Tiene cobertura médica? <input type="checkbox"/> Medi-Cal, Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Covered California (<i>Obamacare</i>) <input type="checkbox"/> Otro tipo de seguro medico privado _____	¿Ha aplicado para cobertura médica por medio de?: <input type="checkbox"/> Medi-Cal, Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Covered California (<i>Obamacare</i>) <input type="checkbox"/> Otro tipo de seguro medico privado _____
¿Ofrece su empleo o el de su cónyuge seguro medico? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Si la respuesta es “si” explique por que optaron por no obtener seguro medico.	Por favor explique la razón si se le fue negado alguno de los beneficios médicos antes mencionados o indique si esta en tramites.

INFORMACIÓN DEL HOGAR
Numero total de personas en el hogar: _____

*Inclúyase a usted mismo, su esposo(a), hijos dependientes, y cualquier otro dependiente de 21 años o menos. (No incluya amigos/compañeros que no contribuyan o sean dependientes de los ingresos del hogar)

Nombre	Edad	Relación	Ingreso Mensual (\$)

INFORMACIÓN FINANCIERA

Para calificar para Proyecto Acceso sus ingresos antes de impuestos del HOGAR, deben ser 250% o menos del Nivel de Pobreza Federal.

¿Qué es el ingreso mensual (antes de impuestos) de su hogar? **TOTAL: \$ _____**

FAVOR DE INCLUIR COMPROBANTE DE TODAS LAS FUENTES DE INGRESOS EN SU HOGAR.

Ingresos de empleo. Incluya talones de cheque suyos y/o de su pareja (si trabaja) de los últimos 30 días.

Ingresos de desempleo. Incluya comprobante de desempleo.

Ingresos de trabajo por cuenta propia. Incluya sus impuestos del año pasado, incluyendo la forma "Schedule C" que es la declaración de ganancias y pérdidas.

Ingresos de lo siguiente:

SSI/ Discapacidad

Cal Works

Child Support/Manutención

Otro: _____

¿Recibe asistencia para comida?

NO SI- Incluya la Notificación de Acción de CalFresh con la cantidad de asistencia financiera concedida.

Cantidad mensual de asistencia de comida: \$ _____

No tengo ningún tipo de ingreso. Explique como cubre sus necesidades básicas.

Si le falta algún comprobante explique que le falta y por qué:

DECLARACIONES

Ingresos Mensuales	Ingresos de mi empleo	\$
	Ingresos de mi cónyuge	\$
	Seguro Social/Discapacidad	\$
	Desempleo	\$
	Otro ingreso	\$
Gastos Básicos	Renta/Hipoteca	\$
	Utilidades mensuales	\$
	Pago de auto	\$
	Seguro de auto	\$
	Prestamos de estudiante	\$
	Comida	\$
	Child Support/Manutención	\$
	Tarjetas de crédito	\$

¿Cuántos autos tiene?: _____ Valor estimado de autos: \$ _____

Cuenta de cheques: \$ _____ Banco: _____ #de cuenta: _____

Cuenta de ahorros: \$ _____ Banco: _____ #de cuenta: _____

AUTORIZACION PARA COMPARTIR/SOLICITAR INFORMACION

Yo, _____, Fecha de Nacimiento ___/___/___, doy permiso a mi doctor(es) y/o a cualquier otro profesional medico a compartir mi información medica relacionada a mi uso de servicios con Proyecto Acceso y otros servicios asociados. Esta información puede incluir información oral o escrita sobre mi salud y cobros/beneficios. Esto puede incluir copias de expedientes de cualquier o todos los profesionales médicos.

- Entiendo que mi información personal médica podría ser sujeta a redistribución y no ser protegida por regulaciones federales de privacidad.
- Esta autorización puede ser revocada y/o modificada en cualquier momento excepto en cualquier caso donde la acción ya haya sucedido. Entiendo que si revoco esta autorización tiene que ser por escrito.
- Tengo el derecho de pedir copia de la información que se esté compartiendo.
- Si el paciente no puede firmar esta autorización, un guardián legal u otra persona con derechos legales debe firmar esta autorización y tiene el derecho de recibir una copia si se es solicitada.

Firma del paciente/guardián legal: _____

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN (OPCIONAL)

Aquellos portavoces de Proyecto Acceso de San Diego* son autorizados a usar y/o compartir la información medica indicada a continuación a reporteros para el propósito de reportar. Esta información puede ser compartida a representantes de los medios de comunicación para el periódico, revistas, noticias u otra forma de información compartida por medio del internet. Entiendo que reporteros para tales publicaciones pueden no ser protegidos por regulaciones de privacidad federales. Entiendo que puedo revocar este acuerdo por escrito a cualquier momento, excepto en el caso cuando la acción ya haya sucedido.

Autorizo el uso y divulgación de lo siguiente:

- Nombre, edad
- Información especifica sobre mi condición física
- Pronostico medico
- Ciudad, condado, estado, lugar de residencia
- Otro _____

Consentimiento para foto/audio/filmación:

- Doy permiso para foto/audio/filmación para el uso de los medios de comunicación.

Entiendo que no es requerido firmar esta autorización y que no perjudicara mi elegibilidad para obtener cuidado medico bajo el programa de Proyecto Acceso de San Diego.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

ACUERDO

Esta de acuerdo que: (lea con cuidado—estos son requisitos del programa de Proyecto Acceso)

- Trabajara en equipo con su trabajadora de caso de Proyecto Acceso quien programara TODAS sus citas médicas y/o cirugías asociadas con los especialistas del programa.
- Seguirá sin falla su tratamiento recetado por el especialista medico (ejemplo, tomara sus medicamentos y seguirá instrucciones dadas por el especialista).
- Se comunicara con su trabajadora de caso después de cada cita para informarle la fecha de su próxima cita y/o cirugía. Si la oficina del especialista le agenda algún procedimiento quirúrgico y usted no se lo comunica a Proyecto Acceso inmediatamente usted será responsable de los cobros.
- Proveerá cualquier información requerida por el programa Proyecto Acceso para ayudarle con su tratamiento medico.
- Su información será compartida con otros socios del programa tal como se vea apropiado.
- Se comunicara inmediatamente con Proyecto Acceso si su información cambia como su domicilio, número de teléfono, o ingresos, al igual si usted es determinado como elegible de algún seguro médico o programa público como Medicare, Medi-Cal, Covered California o cualquier otro tipo de cobertura medica.
- Aplicara para asistencia medica bajo otros programas para otras necesidades como medicamentos o equipo medico tal como determine el Proyecto Acceso sea adecuado.
- No faltara a ninguna cita. Si usted falta a cualquier cita sin previo aviso, o menos de 24 horas por adelantado, usted será inmediatamente expulsado del programa indefinidamente.
- Usted debe notificarle a su trabajadora de caso inmediatamente si usted ya no requiere/necesita los servicios médicos por los cuales fue referido.

- Usted debe notificarle a Proyecto Acceso inmediatamente si usted tiene planeado salir del condado/país por cualquier cantidad de tiempo.

Usted entiende que:

- Su elegibilidad es por 6 meses o hasta que el especialista le dé de alta.
- Proyecto Acceso no es un plan de seguro médico.
- Debe llegar A TIEMPO a todas sus citas médicas.
- Debe informarle al Proyecto Acceso siete días antes de su cita si requiere transporte o intérprete.
- Si usted provee información falsa en cualquier forma usted será descalificado del programa.
- Si está buscando acción legal por su enfermedad o daño físico no es elegible para el programa.
- Si falta a una cita usted será inmediatamente expulsado del programa. Usted debe avisarle al programa con tiempo si no puede asistir a una cita para que Proyecto Acceso le pueda reprogramar su cita.
- Costos asociados con la sala de emergencia, ambulancia, hospitalizaciones previas, o **citas que usted hace por su propia cuenta, NO** son cubiertas bajo el programa.
- Solo medicamentos recetados por el especialista de Proyecto Acceso serán cubiertos bajo el programa. Estos medicamentos deben ser aprobados por su trabajadora de caso y usted es responsable de avisar que medicamentos necesitara. Si existe un programa fuera de Proyecto Acceso de San Diego que done o ayude a pagar la medicina, Proyecto Acceso de San Diego le ayudara a aplicar para ese programa. Usted debe pagar cualquier medicamento que este bajo el formulario de \$4 o \$10 dólares o que este bajo su alcance financiero.
- Si el especialista le ordena análisis de sangre, usted tiene que comunicarse con su clínica de la comunidad para que su doctor primario le orden los análisis en su clínica. Los cobros de los análisis de sangre corren por la cuenta del paciente.

Usted certifica que:

- Vive en el condado de San Diego.
- Sus ingresos están bajo los límites que permite el programa.
- No tiene seguro médico ni califica para seguro médico por medio de programas públicos o empleo.
- Proporciono todos los comprobantes requeridos para ser considerado en el programa:
 - ➔ Aplicación completamente llenada y firmada
 - ➔ Comprobante de identificación gubernamental con fotografía
 - ➔ Comprobante de domicilio en el condado de San Diego
 - ➔ Estados de cuenta de banco de los últimos 30 días
 - ➔ Comprobante de ingresos de los últimos 30 días
 - ➔ “Autorización para Compartir/Colectar Información” firmada
 - ➔ “Autorización de Medios de Comunicación” firmada (opcional)

Certifico que las formas incluidas en esta aplicación junto con la información proporcionada son completamente verdaderas y completas. Certifico que mis declaraciones son ciertas basadas en mi mejor conocimiento. Entiendo que si falsifico alguna información o comprobante yo seré 100% responsable de pagar todos mis gastos médicos proveídos bajo el programa de Proyecto Acceso de San Diego.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____