NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Sacred Heart Community Clinic
620 Round Rock West Drive #8, Round Rock, TX 78681
Office: (512) 716-3929
Fax: (512) 716-3998

Para poder determinar su elegibilidad, debe completar su registro. Necesitamos los siguientes artículos. **El paquete de inscripción debe estar completo antes de entregarlo para su revisión.** Nuestros servicios son GRATUITOS, pero se solicita a todos los pacientes que, si es posible, hagan una donación en cada cita.

_____Paquete de admisión completo

_____ Identificación con fotografía, licencia de conducir, o pasaporte

_____ Prueba de ingresos o declaración de respaldo financiero

_____ Factura actual de servicios públicos que demuestre que vive en Williamson Co. (no es necesario que esté a su nombre)

_____ Completar una evaluación financiera en persona o por teléfono con un miembro del personal de la clínica.

Durante la evaluación financiera, es posible que le digan que puede calificar para el programa Williamson Co. Indigent Care llamado WILCO. Este programa cubrirá hasta alrededor de $ 30,000.00 de necesidades médicas en un período de 12 meses. SHCC lo atenderá durante 60 días de atención médica mientras presenta la solicitud. WILCO se hará cargo de su atención médica o SHCC continuará atendiéndolo siempre que le muestre a SHCC su carta de denegación de WILCO. Puede tomar 45 días para procesar la solicitud para este programa. NO pierda tiempo.

Gracias por comunicarse con SHCC. Nuestro objetivo es ayudarlo a mantenerse saludable.

_____ _____

(Nombre del Paciente) (Fecha de hoy)

_____

(Firma de Paciente)

SACRED HEART COMMUNITY CLINIC

STAFF USE ONLY:

PRN #: _____

ELIGB: _____

(Circule Uno): Nuevo Paciente Renovación del Paciente

Información del Aplicante (llene como aparece en su ID)

Nombre Completo: _____ Fecha: _____

Apellido *Primer Nombre* *Inicial*

☐ Ciudadano ☐ Residente Permanente ☐ Visitante ☐ Otro: _____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento**: _____

Lenguaje: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Ambos ☐ Otro: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Contacto

Dirección: _____

Dirección Postal *Numero de Apartamento*

_____

Cuidad *Estado* *Condado* *Código Postal*

Teléfono Celular: _____ Teléfono: _____ ☐ trabajo ☐ casa

Correo Electrónico: _____

Demográficos

Veterano (escoge uno): ☐ Si ☐ No

Estado Civil (escoge uno): ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐ Separado

Etnicidad (escoge uno): ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

Raza (escoge uno): ☐ Nativo Americano ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Blanco ☐ Otro: _____

Situación Laboral (escoge uno): ☐ Desempleado ☐ Incapacitado ☐ Pareja Trabaja ☐ Trabajo de Medio Tiempo

☐ Trabajo de Tiempo Completo ☐ Suportado por Familia/Amigos

Numero de Adultos en la Familia: _____ Numero de Niños (debajo de 19 años): _____ Ingreso Anual: _____

Familiar más cercano

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Relación al paciente: ☐Esposo(a) ☐Padre ☐Hermano(a) ☐Hijo(a) ☐Pareja ☐Cuidador(a) ☐Amigo(a) ☐Pariente

Dirección: _____ Numero de Apartamento _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Numero: _____ ☐ celular ☐ teléfono de la casa

Contacto en caso de Emergencia

Proporcionar información médica a: _____ Relación: _____ Numero Celular: _____

Primer Nombre *Apellido*

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Numero Celular: _____

Primer Nombre *Apellido*

De donde escucho sobre nuestra clínica? _____

Declaración de Ingresos

Información del Paciente

Nombre Completo: _____ Fecha: _____

Primer Nombre *M.I.* *Apellido*

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Herramienta para revisión de Ingresos

Total Ingreso de la Casa: _____ ☐ Por Mes ☐ Por Año

¿Cómo hace los ingresos? _____

Numero de adultos en la casa: _____ Numero de dependientes en la casa: _____

Por favor liste las edades de todos los dependientes: _____

OFFICE USE ONLY (TOTAL #): _____

Iniciales del Paciente: _____ Iniciales del Examinador: _____

Declaración de Fraude

Yo, _____, afirma que el Ingreso Declarado es verdadero y correcto y puede ser verificado si es necesario.

- Si mi ingreso llegaría a cambiar, dada a perdida de trabajo, nuevo empleo o recibo de otra Fuente, yo estoy de acuerdo en reportar estos cambios a la clínica en la cual recibo atención medica.
- Yo estoy consciente que no reportar empleo o ingresos de cualquier fuente puede resultar en cargos penales civiles. También estoy consciente que puedo ser responsable por los cargos médicos de los servicios recibidos en la clínica en su totalidad.

Firmas

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____ Firma del Testigo: _____

Sacred Heart Community Clinic
Formulario de Consentimiento y Renuncia

He solicitado servicios médicos, dentales o de salud mental y/o asesoramiento de profesionales médicos o dentales en Sacred Heart Community Clinic. A cambio de dichos servicios o consejos, acepto lo siguiente:

1. Entiendo que Sacred Heart Community Clinic. está aquí para brindar atención médica, dental o de salud mental gratuita a quienes califiquen según sus pautas. Creo que califico bajo las pautas. Doy mi consentimiento a SHCC (clínicas médicas y dentales) tanto para el personal como para los voluntarios para lo siguiente: Examinar, diagnosticar y tratar mis afecciones médicas, dentales y mentales. Es mi responsabilidad actualizar mi información de contacto con la clínica.
2. Entiendo que SHCC cumple con las normas federales de **Confidencialidad de HIPAA.** Entiendo que mi información médica y dental será utilizada y divulgada entre las clínicas médicas y dentales de SHCC. También entiendo que puedo solicitar una copia de la divulgación de HIPAA de SHCC en cualquier momento solicitando una copia al personal de recepción.
3. Entiendo que SHCC puede comunicarse conmigo a través de mensajes de texto a mi teléfono, dejar mensajes de voz en mi teléfono y enviar correos electrónicos a mi dirección de correo electrónico. **Iniciales TODAS las líneas que correspondan**
   a._____SHCC puede dejar un mensaje de voz
   b._____SHCC puede enviar mensajes de texto a mi teléfono celular registrado registrada

4. **POLÍTICA DE NO PRESENTACIÓN: Debido a la demanda de servicios y recursos limitados, entiendo la siguiente política**
   a. **Citas programadas: si tengo 3 AUSENCIAS en un año (médicas y/o dentales), ya no seré visto en SHCC como paciente durante 1 año.**
   b. **Si necesito cancelar una cita, avisaré a la clínica con 24 horas de anticipación para que otra persona pueda ocupar mi espacio para la cita. De lo contrario, PUEDE marcarse como NO PRESENTACIÓN.**

5. REPOSICIONES DE MEDICAMENTOS: Entiendo que mis renovaciones se completan en mis citas programadas. Me pondré en contacto con la enfermera si mis medicamentos se agotan antes de mi próxima cita. Si tengo medicamentos que provienen directamente de una compañía farmacéutica, llamaré a la recepción y volveré a ordenar al menos 3 semanas antes de necesitar el medicamento.

6.Consentimiento de cita telemática: **Ponga sus iniciales en la línea que corresponda** (una copia de la política disponible en la recepción)

_____ Acepto participar en visitas tele-video con mi proveedor.
_____ NO deseo participar en visitas tele-video con mi proveedor.

7.Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre este formulario antes de firmar a continuación.

SEGURO DE NEGLIGENCIA: SHCC participa en la Ley federal de reclamos por daños

Declaración de seguro de mala praxis de la FTCA: Se entregará al paciente individual antes de que se brinden los servicios de atención médica, excepto en casos de emergencia en los que se puede proporcionar una notificación tan pronto como sea posible después de la emergencia o a un padre o tutor legal cuando el paciente no tenga la responsabilidad legal de su cuidado bajo la ley estatal.

Esto es para notificarle que bajo la ley federal relacionada con la operación de clínicas gratuitas, la Ley Federal de Reclamos por Agravio (FTCA), (Ver 28 U.S.C §§ 1346(b), 2401(b), 2671-80) proporciona el recurso exclusivo por daños por lesiones personales, incluida la muerte, que resulten del desempeño de funciones médicas, quirúrgicas, dentales o relacionadas por parte de cualquier profesional de la salud voluntario de la clínica gratuita, miembro de la junta, funcionario, empleado o contratista independiente que haya brindado un servicio requerido o autorizado bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social (es decir, el Programa de Medicaid) en el sitio de una clínica gratuita o a través de programas o eventos fuera del sitio llevados a cabo por la clínica gratuita (consulte 42 U.S.C § 233(a), (o)).

La ley federal anterior y otras leyes estatales y federales, incluida la Ley Federal de Protección de Voluntarios de 1997, pueden cubrir ciertos profesionales de atención médica de clínicas gratuitas y brindar servicios de atención a los pacientes en esta clínica gratuita.

_____	_____
Nombre completo del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
_____	_____
Firma del paciente	Fecha de hoy

Clínica del Sagrado Corazón Información de Salud del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento_____

Cuál es la razón por su visita hoy? _____

¿ Que medicamentos está tomando actualmente? (Liste abajo)	Que es la dosis del medicamento?	Cuantas veces al día usa el medicamento?	¿Cuánto tiempo ha estado tomando el medicamento?

¿Esta alérgico a un medicamento? Liste abajo.	Cuál es su reacción alérgica al medicamento listado?

Ha tenido alguna cirugía? □ si □ no

Si selecciono si, liste el tipo de cirugía abajo.	Liste el año o su edad en que se hiso la surgía abajo.

¿Ha estado hospitalizado? □ si □ no

Si selecciono si, liste la razón de la hospitalización abajo	Liste el año o su edad en que se hiso la surgía abajo.

Problemas médicos de paciente concurrentes: _____

Ha sido alguien en su familia diagnosticado con lo siguiente: (marque sí o no por cada uno)		
Diabetes:	□ si □ no	Si selecciono si, quien?
Enfermedad del Corazón:	□ si □ no	Si selecciono si, quien?
Presión Alta:	□ si □ no	Si selecciono si, quien?
Cáncer:	□ si □ no	Si selecciono si, quien?
- ¿Qué tipo de cáncer? (solamente si selecciono sí):		
Liste:		Quien en su familia?

Usted fuma? □ si □ no	Si selecciono si, cuanto por semana?
Ex - fumador? □ si □ no	Si selecciono si, cuantos paquetes por semana?
Usted bebe alcohol? □ si □ no	Si selecciono si, circule uno: semanal diario mensual raramente

WilCo Care Support Statement

Declaración de Apoyo a

Nombre de Paciente _____Fecha de Nacimiento _____

Asistencia Proporcionada (llenado por la persona que le asiste)

☐ Yo proveo comida y hogar, pero no le doy dinero en efectivo.

☐ Yo ayudo con gastos personales (renta, utilidades, pago de carro/seguro, ropa, teléfono, etc.)

Por favor de marcar el cuadro debajo y explicación de pagos:

☐ Hago pagos directamente a las empresas para; _____

_____

☐ Yo le doy $ _____ por mes para pagar _____ y **no espero recompensado(a).**

☐ Yo le presto $ _____ por mes y **no espero ser recompensado(a).**

//

Esta persona □ **Si vive** □ **No vive** conmigo/con nosotros. Ha vivido conmigo/con nosotros desde _____ (Fecha estimada)

Persona que asiste al solicitante (Letras de molde)

_____

Firma _____ **Fecha** _____

Domicilió _____ Cuidad _____ Código _____

Número de teléfono _____