



Para renovar con AccessHealth, devuelva las formas completas y los siguientes documentos a la oficina.

Use tinta **NEGRA o AZUL SOLAMENTE**

INGRESOS - para **USTED Y** los siguientes **Adultos** que viven en su hogar:

1. Su cónyuge o pareja
2. Cualquier persona que usted ponga en sus impuestos
3. Cualquier persona que lo ponga a usted en los impuestos.

▪ **Ingresos por Empleo:**

- Últimos **2** recibos de pago para **TODOS LOS ADULTOS QUE TRABAJAN EN EL HOGAR**
- Si no recibe recibos de pago, pregunte a un miembro del personal de AccessHealth qué documentación necesita

▪ **Otros Ingresos:**

- Carta de discapacidad para **ESTE** año
- Carta de Seguridad Social o Seguridad Suplementaria (SSI) para **ESTE** año
- Declaración de desempleo
- Declaración de jubilación

▪ **NO Ingreso:**

- Formulario de NO ingresos---proporcionado por AccessHealth **Q**
- Carta de la persona que lo está ayudando con su vivienda, servicios públicos y alimentos
 - La carta **DEBE** tener:
 1. Tu nombre
 2. Fecha
 3. Nombre y firma de la persona que lo ayuda.
 4. Cantidad en dólares que la persona le da O que no le están cobrando

SNAP— Carta de aprobación actual de SNAP (estampillas de alimento)

PRUEBA DE DIRECCIÓN (donde usted vive)

- CUALQUIER correspondencia con su nombre y dirección física (***No escrita a mano***)

Después de que se apruebe su renovación, se debe pagar una tarifa de \$20 en **efectivo o giro postal SOLAMENTE**.

Por favor llame a nuestra oficina si tiene alguna pregunta.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro Social o ITIN: _____ Número de teléfono: _____ (Casa/Celular)

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

Resumen del Programa:

Doctores, hospitales y otros proveedores han donado sus servicios para ayudarle a recuperarse y mantenerse bien. Por favor note que la disponibilidad de servicios depende en médicos voluntarios y puede terminar debido a la falta de servicios voluntarios. Sus responsabilidades, la asistencia disponibilidad y otras condiciones pueden cambiar en cualquier momento.

Reservamos el derecho a requerir que usted pague por cualquier asistencia que puede recibir basada en información incorrecta proporcionada por usted. ***Puede recibir algunas facturas, de las cuales usted sera responsable, en el caso que necesite servicios que no son donados actualmente por el programa de AHS.***

Los clientes que anticipan acciones legales con respecto a una lesión o enfermedad no son elegibles para recibir ayuda a través de Accesshealth.

Los proveedores voluntarios de Accesshealth no aprobarán ningún papeleo relacionado con la discapacidad y, por lo tanto, solicitar la discapacidad debe ser un proceso separado.

Todavía podemos ofrecer a los clientes la atención necesaria que está separada del proceso por discapacidad o acción legal.

Usted comprende y acepta que Accesshealth lo está ayudando a coordinar la atención y a ubicar el proveedor o proveedores médicos y / o sociales adecuados para usted, pero AHS no brinda ningún servicio médico / social. Los médicos, consultorios, organizaciones gubernamentales u otras organizaciones de apoyo que participan con AccessHealth no son empleados ni agentes de nosotros, y no somos responsables de sus actos u omisiones.

Responsabilidades del Cliente

Estoy de acuerdo / entiendo que yo:

1. Proporcionare prontamente cualquier información, que puede ser solicitada por el programa, dentro del plazo solicitado. Si se descubre que alguna información es intencionalmente engañosa, eso sería motivo de cancelación de la inscripción en el programa AHS.
2. Contactará AHS inmediatamente con cualquier cambio en su dirección o numero de teléfono.
3. Aplicará para Medicaid o otros programas de asistencia si usted es elegible.
4. Contactará inmediatamente AHS si su ingreso cambia o si se cubre por Medicare, Medicaid, seguro privado o otro seguro de salud/beneficios médicos.

5. Se le asignará un hogar médico / médico a través de AHS, según la disponibilidad. **No es una práctica de AHS cambiar de médico / hogar médico una vez asignado.**
6. Referencias a un especialista hará basado en las recomendaciones de su médico de cuidado primario.
7. **Limitar mis visitas al Departamento de Emergencias a verdaderas emergencias.** La mayoría de los problemas, como dolor de garganta, alergias, etc., pueden ser tratados más rápidamente por su proveedor de atención primaria. **Los clientes de AHS que van repetidamente al Departamento de Emergencias sin una emergencia genuina pueden ser desafiliados de AHS y son responsables de los cargos del Departamento de Emergencias.**
8. Para necesidades urgentes (que no pongan en peligro la vida) **DURANTE** el horario laboral, llamaré a mi Proveedor de atención primaria oa AHS si necesito que me vean en otro lugar para recibir tratamiento.
9. Para necesidades urgentes (que no pongan en peligro la vida) **DESPUÉS** del horario laboral, me pondré en contacto con Regional On-Call y / o buscaré atención en un Centro Regional de Atención Inmediata de Spartanburg. Notificaré a AHS de mi visita a Atención Inmediata el próximo día hábil.
10. Seguire las reglas a continuación cuando acceda a servicios / proveedores a través de AccessHealth:
 - Compartir la responsabilidad de mantener mi salud viviendo un estilo de vida saludable, cooperando con los proveedores, obteniendo y tomando mis medicamentos, siguiendo mi plan de tratamiento.
 - Ser respetuoso con los proveedores de servicios conectados a través de AccessHealth.
 - Cumplir con cada cita. Si necesito cancelar, notificaré al consultorio del proveedor al menos 24 horas antes de mi cita o mi cita se marcará como "No se presentó". **Tres (3) "No-shows" pueden resultar en la desafiliación del programa AHS.**
 - Llegar a tiempo a mis citas. Si llego más de 15 minutos tarde a una cita, será cancelada y reprogramada.
 - Presentar mi tarjeta de identificación de AHS y una identificación con foto cada vez que vea a un proveedor.
 - **NO** solicitaré medicina para el dolor, ni sustancias controladas a los proveedores de AHS.
 - **NO** presentaré formularios de discapacidad a los proveedores de AHS, ni solicitaré pruebas / procedimientos diseñados para demostrar la discapacidad. **El tratamiento de los proveedores de AHS está diseñado para controlar y mejorar su salud.**
11. Seguire las reglas a continuación cuando use Gift in Kind a través de AccessHealth:
 - Los productos recibidos del cuarto Gift in Kind son solo para el cliente y la familia de AHS.
 - Los productos del cuarto Gift in kind no pueden devolverse a las tiendas, venderse en tiendas minoristas, ventas de garaje, tiendas de segunda mano, ventas de garaje, en la web ni transferirse a otra organización o persona por ningún motivo, incluido el intercambio por dinero, propiedad u otros servicios.

Al firmar a continuación, confirmo que estoy de acuerdo con las condiciones anteriores y que la información que proporcioné es precisa. Si no sigo las reglas anteriores, es posible que se cancele mi inscripción en AHS.

Firma: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

Número de registro médico (si se conoce)

Autorizo a AccessHealth Spartanburg Inc., (AHS), Healthy Outcomes Initiative Partners de AHS, incluyendo a Spartanburg Regional Medical Center, Spartanburg Area Mental Health Center, The Forrester Center, St. Luke's Free Medical Clinic, Regenes Health Care Inc., Emerge Family Therapy y cualquier proveedor de atención primaria que me proporciona/ha proporcionado servicios de atención médica primarios desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2024 (colectivamente, los "proveedores") para divulgar la siguiente información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS, por sus siglas en inglés) y a South Carolina Office for Research and Statistics (ORS, por sus siglas en inglés):

- Toda la información protegida de salud que se encuentra en un formulario de reclamación UB-04 CMS-1450 o CMS-1500, que por lo general incluye, pero no está limitada a, mi nombre, nombre del asegurado, dirección, número de seguro social, fecha de nacimiento, sexo, empleador, número de cuenta interna de la oficina del proveedor, número del expediente médico/de salud, código de tipo de facturación (primer reclamo/ reclamo continuado/reclamo final), fechas y horas de servicio, códigos de diagnóstico que identifican mi diagnóstico principal y otros diagnósticos, códigos de procedimientos que identifican los procedimientos proporcionados, cobros; y
- Toda la información protegida de salud que se produjo como resultado de una evaluación de factores sociales que afectan mi cuidado de salud y mis conductas de autocuidado que miden mi conocimiento, habilidad y confianza en la gestión de mi propia salud y la atención médica y evaluación de mi estado de mi salud mental.

Las fechas de la divulgación de mi atención serán del 01 de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2024.

El propósito de la divulgación de la información protegida de salud a SCDHHS y de ORS a SCDHHS es únicamente para la evaluación de las actividades basadas en la población relacionado con la mejora de la salud y reducción de los costos de atención médica establecidos en el Plan de Healthy Outcomes de SCDHHS.

ENTIENDO QUE:

- No habrá ningún cargo por el procesamiento de esta solicitud.
- La información protegida de salud utilizada o divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del receptor y ya no estar protegida por las disposiciones de la simplificación administrativa de la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud y los estándares de privacidad de la información de salud individual identificable.
- El tratamiento, el pago y la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios no pueden ser condicionadas si firmo o no esta autorización.
- Si tengo alguna pregunta acerca de la divulgación de mi información protegida de salud, puedo comunicarme con los representantes de AccessHealth Spartanburg, Inc. al **(864) 560-0190**.

- Puedo revocar esta autorización por escrito excepto en la medida en que los proveedores hayan utilizada o divulgada la información protegida de salud previamente con base en esta autorización. Para revocar esta autorización, entiendo que debo entregar una declaración escrita firmada que indique claramente que revoco esta autorización a:

**AccessHealth Spartanburg
501 Howard Street, Suite B
Spartanburg, SC 29303**

- Esta autorización vence a la conclusión de Healthy Outcomes Initiative.

Autoridad o relación del representante
Personal (adjuntar una copia de
los documentos de autoridad si aplica)

**Firma del paciente o representante
personal/tutor**

Testigo

Testigo (sólo con
autorización verbal
por teléfono)

Testigo _____

Fecha: _____

Nombre y título de los nombres de [Hospital Name] de los socios de [Hospital Name] de Healthy Outcomes Initiative; del empleado autorizado de [Safety Net Provider] para divulgar la información protegida de salud solicitada.



| | |
|--------|--|
| Nombre | |
| ID | |
| Fecha | |

A continuación hay algunas declaraciones que las personas a veces hacen cuando hablan sobre su salud. Indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada declaración, según apliquen personalmente para usted, encerrando su respuesta con un círculo.

Si la declaración no aplica para usted, encierre en un círculo la opción N/A (no aplica).

| | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|---------------|------------|-----------------------|-----|
| 1. | Al final, yo soy la persona responsable de ocuparme de mi salud. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 2. | Tener un papel activo en el cuidado de mi propia salud es lo más importante que afecta a mi salud. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 3. | Estoy seguro de que puedo prevenir o reducir los problemas asociados con mi salud. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 4. | Sé lo que hacen mis medicamentos recetados. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 5. | Estoy seguro de que puedo distinguir entre cuándo debo ir al médico o cuándo debo atender mi problema de salud. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 6. | Estoy seguro de que puedo contar al médico las inquietudes que tengo incluso cuando él o ella no lo pregunte. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 7. | Estoy seguro de que puedo realizar los tratamientos médicos que pueda tener que hacer en casa. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 8. | Comprendo mis problemas de salud y cuáles son sus causas. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 9. | Conozco los tratamientos que hay disponibles para mis problemas de salud. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 10. | He sido capaz de mantener (cumplir) los cambios en mi estilo de vida, como comer correctamente o hacer ejercicios. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 11. | Sé cómo evitar problemas con mi salud. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 12. | Estoy seguro de que puedo encontrar soluciones cuando surgen nuevos problemas con mi salud. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |
| 13. | Estoy seguro de que puedo mantener los cambios en mi estilo de vida, como comer correctamente y hacer ejercicios, incluso durante momentos de estrés. | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Totalmente en acuerdo | N/A |

VGNI Cuestionario Breve (VGNI-CB)

Versión [GVER]: VGNI-CB ver. 3.0

¿Cuál es su nombre? a. _____ b. _____ c. _____
(Nombre) (S.N.) (Apellido)

¿Cuál es la fecha de hoy? (MM/DD/AAAA) |__|_| / |__|_| / 20 |__|_|

Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicológicos, de comportamiento o personales comunes. **Estos problemas se consideran significativos cuando los ha tenido por dos o más semanas, cuando ocurren de nuevo, cuando no le dejan cumplir con sus responsabilidades o le hacen sentir como que no aguanta más.**

Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo en el último mes (4), hace 2–3 meses (3), hace 4–12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).

| Último Mes | Hace 2–3 Meses | Hace 4–12 Meses | 1+ Años | Nunca |
|------------|----------------|-----------------|---------|-------|
| 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

- IDScr **1. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo problemas significativos como...**
- a. sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro?4 3 2 1 0
 - b. problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día?4 3 2 1 0
 - c. sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar?4 3 2 1 0
 - d. cuando algo le recuerda del pasado se angustia mucho y se enoja?4 3 2 1 0
 - e. pensar en acabar con su vida o suicidarse?4 3 2 1 0
 - f. ver o escuchar cosas que nadie más puede ver o escuchar o sentir que alguien más puede leer o controlar sus pensamientos?4 3 2 1 0
- EDScr **2. ¿Cuándo fue la última vez que hizo las siguientes cosas dos o más veces?**
- a. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo4 3 2 1 0
 - b. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa4 3 2 1 0
 - c. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo, o casa4 3 2 1 0
 - d. Se le hizo difícil esperar su turno4 3 2 1 0
 - e. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas4 3 2 1 0
 - f. Comenzó peleas físicas con otras personas4 3 2 1 0
 - g. Trató de “recuperar” sus pérdidas yendo a apostar otro día4 3 2 1 0
- SDScr **3. ¿Cuándo fue la última vez que...**
- a. usó alcohol u otras drogas todas las semanas o con más frecuencia?4 3 2 1 0
 - b. pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol u otras drogas, usando alcohol u otras drogas o recuperándose de los efectos del alcohol u otras drogas (ej., se sentía enfermo)?4 3 2 1 0
 - c. siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas?4 3 2 1 0
 - d. el uso de alcohol u otras drogas le causó que dejara o se involucrara menos en actividades en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales?4 3 2 1 0
 - e. tuvo problemas de abstinencia por el alcohol u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alguna clase de alcohol u otras drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)?4 3 2 1 0

| | | | | | |
|------------|------------|----------------|-----------------|---------|-------|
| (Continúa) | Último Mes | Hace 2-3 Meses | Hace 4-12 Meses | 1+ Años | Nunca |
| | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo en el último mes (4), hace 2-3 meses (3), hace 4-12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).

- CVScr 4. **¿Cuándo fue la última vez que...**
- | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|
| a. | tuvo un desacuerdo en el cual empujó, agarró o le dio un empujón a alguien? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. | se llevó algo de una tienda sin pagarlo? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. | vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. | manejó un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) cuando estaba bajo los efectos del alcohol o drogas ilegales?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. | dañó o destruyó intencionalmente propiedad que no le pertenecía? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
5. ¿Tiene otros problemas psicológicos, de comportamiento o personales **significativos** para los cuales quiere tratamiento o necesita ayuda? (Si es así, por favor descríbalos abajo)
- | | | | |
|--|--|----|----|
| | | Sí | No |
| | | 1 | 0 |

v1. _____

6. ¿Cuál es su género o sexo? (Si es otro, por favor describa abajo) 1 - Hombre 2 - Mujer 99 - Otro

v1. _____

7. ¿Cuántos años tiene hoy? |_|_| Edad

- 7a. ¿Cuántos minutos le tomó llenar este cuestionario? |_|_|_| Minutos

| Para uso del personal solamente | | | | | |
|--|------------------------------|----------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|
| 8. Sitio ID: _____ | Nombre del sitio v. _____ | | | | |
| 9. Personal ID: _____ | Nombre del personal v. _____ | | | | |
| 10. Cliente ID: _____ | Nota v. _____ | | | | |
| 11. Modo: 1 – Administrado por el personal 2 – Administrado por otro 3 – Auto-administrado | | | | | |
| 13. Referir a: MH ____ SA ____ ANG ____ Otro ____ 14. Código(s) para referir: _____ | | | | | |
| 15. Comentarios para referir: v1. _____ | | | | | |
| Scoring | | | | | |
| Cuestionario | Items | Último mes (4) | Último 90 días (4, 3) | Último Año (4, 3, 2) | Alguna vez (4, 3, 2, 1) |
| IDScr | 1a – 1f | | | | |
| EDScr | 2a – 2g | | | | |
| SDScr | 3a – 3e | | | | |
| CVScr | 4a – 4e | | | | |
| TDSr | 1a – 4e | | | | |

VGNI-CB copyright © Chestnut Health Systems. Para obtener más información sobre el instrumento, por favor visite <http://www.gaincc.org> o contacte el equipo de Coordinación de Proyectos del GAIN a (309) 451-7900 o GAINInfo@chestnut.org

Cuestionario de Actualizacion de las Metas del Cliente

Nombre: _____ Su Fecha de Nacimiento: _____

Por Favor de contestar **TODAS** las preguntas para ayudarnos a entender tu progreso y cómo continuar ayudandote.

Trabajo, Vivienda, y Finanzas

1) ¿Estás empleado actualmente?

- A. Sí B. No

2) ¿Tu empleador ofrece seguro médico?

- A. Sí, no elegible B. Sí, demasiado caro C. No

3) ¿Ha solicitado o estas recibiendo ALGUNO de los siguientes recursos? (Cicula TODAS las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| A. Discapacidad | G. Cupones para alimentos/SNAP |
| B. Medicaid | H. Despensa de alimentos |
| C. Medicare | I. Asistencia financiera(PCA/Middle Tyger/Total Ministries/Iglesias locales) |
| D. Seguro Privado | J. Ninguno |
| E. Affordable Care Act (Obama Care) | |
| F. Planificación familiar o Chequeo de prevención Anual Medicaid | |

4) ¿Con quien vives?

5) ¿En los últimos 12 meses, uvo un tiempo que no pudiste aser el pago de su casa o la renta a tiempo?

- A. Si B. No

6) ¿En los últimos 12 meses, en cuantos sitios viviste? _____

7) ¿En los últimos 12 meses, hubo un tiempo que no tenias un lugar estable para dormir o dormiste en un refugio (incluyendo ahora)?

- A. Si B. No

8) ¿Que tal difícil fue pagar lo muy basico como comida, vivienda, y calefacción?

- A. Muy difícil B. Difícil C. Algo difícil D. No muy difícil E. No es nada difícil

5) ¿Actualmente usas tabaco/cigarrillos sin humo/vapear?(Encierra con un círculo todo lo que corresponde) Escribe la cantidad de cada uno en un círculo.

- A. Cigarillos _____
- B. Puros _____
- C. Tubo _____
- D. Rape _____
- E. Masticar _____

- F. Vape de nicotina _____
- G. Vape de CBD _____
- H. Vape de THC _____
- I. Vape aromatizante _____
- J. Pregunta no aplica

Apoyo

1) ¿En una semana típico, cuantas veces hablas por telefono con amigos, o vecinos?

- A. Nunca
- B. Una vez por semana
- C. Dos veces por semana
- D. Tres veces por semana
- E. Más de tres veces por semana

2) ¿Cuantas veces visitas amigos o familiares?

- A. Nunca
- B. Una vez por semana
- C. Dos veces por semana
- D. Tres veces por semana
- E. Más de tres veces por semana

3) ¿En que frecuencia atiendes a una iglesia o servicios religiosos?

- A. Nunca
- B. 1 a 4 veces por año
- C. Más de 4 veces por año

4) ¿Perteneses en un club organizacion como grupo de iglesia, union, grupo fraternal o atlética o escola?

- A. Si
- B. No

5) ¿En que frecuencia atiendes juntas de los clubs o organizaciones a las que perteneses?

- A. Nunca
- B. 1 a 4 veces por ano
- C. Más de 4 veces por año

6) ¿Tienes algún problema o inquietud que necesitas un seguimiento por parte de un miembro del personal?



121 Greystone Blvd.
Columbia, SC 29210
803-933-9183
fax 803-254-0892
www.welvista.org

Antes de enviar por correo su solicitud, verifique lo siguiente.

- ¿Se trata de una solicitud de renovación? Sí No
- ¿Se completaron todas las secciones? Sí No
- ¿Firmó y colocó la fecha en la solicitud? Sí No
- ¿Adjuntó prueba de ingresos? Sí No
- ¿Adjuntó una copia de su identificación con foto? Sí No
- ¿Adjuntó prueba de dirección? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

| | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Apellido: | Nombre: | Inicial del segundo nombre: | Número de seguro social | Fecha de nacimiento |
| Dirección del paciente (donde recibe su correspondencia) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección del paciente (donde vive) (adjunte prueba de dirección a la solicitud) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Condado de Carolina del Sur | | N.º de teléfono de la casa/N.º de teléfono celular | | N.º de teléfono del trabajo o alternativo |
| Origen étnico: Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> | ¿Es un residente legal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enumere todos los medicamentos a los que es alérgico. Si no tiene alergias, escriba "NO". | |
| Médico/médico clínico/proveedor de atención médica | N.º de teléfono del médico/médico clínico/proveedor de atención médica | | | |
| Marque la cantidad de personas que viven en su hogar, incluido usted mismo: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | | | | |
| ¿Tiene alguno de los siguientes? (Marque la casilla) <input type="checkbox"/> Seguro médico/Ley de Atención Asequible <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Planning/Healthy Check Up <input type="checkbox"/> VA Health | | | | |
| No tengo ningún tipo de seguro médico <input type="checkbox"/> | | | | |

INFORMACIÓN SOBRE ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE

| | |
|---|---|
| Enumere todos los ingresos del grupo familiar, montos mensuales brutos Salario/sueldo \$ _____ Incapacidad \$ _____ Pensión alimenticia/manutención infantil \$ _____ Seguro social \$ _____ Pensión/jubilación \$ _____ Desempleo/indemnización laboral \$ _____ Ingresos mensuales brutos totales del grupo familiar: \$ _____ | ADJUNTE PRUEBA DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR Incluya pruebas de TODOS los ingresos del grupo familiar: salarios (dos comprobantes de pago actuales consecutivos), pensión/jubilación, seguro social, incapacidad del seguro social con Aviso de adjudicación, manutención infantil, pensión alimenticia, desempleo, indemnización laboral, ingreso de rentas, etc. CONSULTE EL REVERSO PARA OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE INGRESOS |
|---|---|

ACUERDO/DIVULGACIÓN/DESCARGO

Declaro que la información mencionada arriba es completa y exacta. Mediante mi firma, autorizo la divulgación de información sobre mi persona y sobre mi afección médica a Welvista y a sus agentes. Autorizo a Welvista y a sus agentes a usar y divulgar dicha información a fin de determinar mi elegibilidad para participar e inscribirme en el programa Welvista; esto puede incluir comunicarse con trabajadores sociales, organismos estatales, proveedores de atención médica u otras personas o entidades que Welvista considere adecuadas y brindarles información para divulgarlas historias clínicas o información requerida relacionadas con mi elegibilidad y mis beneficios en virtud del programa. Asimismo, acepto que en cualquier momento durante mi inscripción, Welvista puede solicitar documentación adicional para autenticar las declaraciones realizadas en mi solicitud. **Notificaré a Welvista si me vuelvo elegible para Medicare, Medicaid, Health Insurance, VA Health Benefits, o si se produce un cambio en mi situación financiera o en mi dirección postal.** Recibí una Declaración de Prácticas de Privacidad de Welvista.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

SOLO PARA USO DE WELVISTA

Aprobado/denegado _____ N.º de historia clínica _____ Codificado _____
 ID del plan _____ AC Health _____
 Pt Adv _____ SCThrive Sí o No
 Fecha de aprobación _____ Fecha de vencimiento _____
 Instalación _____ N.º de FP _____

SOLO PARA USO DEL MÉDICO/MÉDICO CLÍNICO

Médico/médico clínico _____
 Hospital _____
 N.º de HOP _____ N.º de id. de HOP _____
 Access Health Group _____