

Como parte de nuestros requisitos de elegibilidad, todos los participantes del Programa AccessHealth/Healthy Outcome deben volver a certificarse cada año. Si desea continuar como participante en nuestro programa, reúna la siguiente información/documentación para completar el proceso de recertificación.

- Tarifa de recertificación de \$20.00 (*en efectivo o mediante giro bancario ÚNICAMENTE*)
- Proveer carta o tarjeta del IRS con su número de ITIN (El número con que se reportan taxes. Número verde/Pin)
- Comprobante de residencia:
  - o CUALQUIER correspondencia con su nombre y dirección física (*no escrita a mano*)
- Comprobante de ingresos de **TODOS los adultos** que habitan en la vivienda:

Miembro de la familia	Nombre y fecha de nacimiento	Forma de ingreso (cheque de pago, discapacidad, manutención de hijos, Seguro Social, etc.)	Ingreso total antes de impuestos/con qué frecuencia (semanal, quincenal, mensual)
Propio			\$ /
Madre			\$ /
Padre			\$ /
Amigo			\$ /
Otro			\$ /

- o **Si está empleado:**
  - Talones de cheques para mostrar las ganancias del último mes **TODOS los adultos empleados en la vivienda**
  - Si no recibe talones de cheques, pregunte a un integrante del personal de AccessHealth qué documentación se requiere.
- o **Si NO está empleado:**
  - Carta de adjudicación por discapacidad actual
  - Carta de adjudicación de Seguro Social Suplementario (SSI) o Seguridad Social actual
  - Declaración de desempleo
  - Declaración de jubilación
  - Formulario “Sin ingreso y verificación de domicilio” de Welvista (**Solo se completa si NO hay ingresos familiares**)
- Carta actual de adjudicación de SNAP o tarjeta de SC EBT (puede obtener una copia de la carta en la oficina de DSS ubicada en 630 Chesnee Hwy.)
- Todos los formularios en este paquete deben completarse, firmarse y fecharse.
- Entregue en la oficina el paquete completo, los documentos solicitados y la tarifa de recertificación

No dude en llamar a nuestra oficina si tiene preguntas. Esperamos tener una relación continua con usted para lograr mantener una buena salud.



## 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 2021 (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 2021.

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 St 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.



## Consentimiento del Cliente para AccessHealth Spartanburg, Inc

### ¿Qué es AccessHealth Spartanburg?

Somos un programa nuevo de subvención financiado. Nuestra meta es coordinar el cuidado de salud para los residentes del condado de Spartanburg de bajo ingreso y sin seguro. Sabemos que "bienestar" involucra más que sólo el tratamiento de una enfermedad. Como nuestro cliente, esperamos trabajar con usted para evaluar sus necesidades y barreras de cuidado para lograr una red de cuidado que le permitirá llegar sus objetivos.

### ¿Qué involucra?

Primero, se reunirá con un especialista de elegibilidad para ingresar toda su información y determinar su cualificación para programas de asistencia estatales y federales además de programas locales. Entonces se reunirá y recibirá apoyo de nuestro navegador de cuidado, una enfermera registrada y un trabajador social, para ayudar en la coordinación de un plan individualizado de cuidado. Como parte de este plan de cuidado esperamos proveerle con un hogar de cuidado primario y servicio de derivaciones (según lo necesario) para necesidades médicas y sociales.

### ¿Qué hay de la privacidad?

Excepto cuando sea requerido por la ley, o según lo que usted autorice, la información que comparta con nuestro personal es confidencial y no será liberada de ninguna manera que pueda identificarlo. Al firmar abajo, nos autoriza a compartir su información médica u otra información sobre usted y su familia para ayudar a obtener un plazo para recibir cuidado y/o servicios médicos o de la comunidad. Esta información puede incluir, pero no se limita a, cualquier expediente de cuidado psiquiátrico, asaltos sexuales o exámenes para enfermedades infecciosas incluyendo AIDS/HIV. Al firmar abajo, está de acuerdo con la liberación de información médica o de otro tipo sobre usted para agencias reguladores gubernamentales estatales y/o federales como puede ser requerido por la ley. También autoriza la liberación de su información médica y otra que es identificable para propósitos de investigación específicamente y sin limitación a la Oficina de Investigación y Estadísticas de Carolina del Sur.

### ¿Cuáles son mis derechos?

Estar en el programa es voluntario, y entiendo que puedo dejarlo en cualquier momento y revocar esta autorización para liberar información médica u otra en cualquier momento, ya sea por correo o entregando una revocación escrita a la siguiente dirección: AccessHealth Spartanburg, Inc., ATTN: Director, 501 Howard St Suite B, Spartanburg, South Carolina 29303.+

### ¿A quién llamo si tengo preguntas o inquietudes?

Si tiene preguntas o inquietudes, sírvase llamar a nuestra oficina al (864) 560-0190 o puede acercarse a nuestra oficina. Estamos localizados en 501 Howard St Suite B, cruzando la calle desde el centro de emergencias de Spartanburg Regional (Spartanburg Regional Emergency Center) y al lado del departamento de salud mental (Department of Mental Health), en la esquina de Serpentine Drive y Catawba Street.

### Firmas:

Su firma significa que ha decido formar parte de AccessHealth Spartanburg. Recibirá una copia de este formulario de consentimiento para sus archivos personales.

\_\_\_\_\_ Mis iniciales indican que tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre pertenecer al programa, y que mis preguntas fueron contestadas.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha



**AUTORIZACION PARA LA LIBERACION DE INFORMACION CONFIDENCIAL**

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Cliente: \_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

El abajo firmante por la presente autoriza AccessHealth Spartanburg para liberar información confidencial a uno o más del siguiente: La Oficina de Carolina del Sur de Investigación y Estadísticas, El Sistema de Cuidado de Salud de Spartanburg Regional, Mary Black Cuidado de Salud, La Administración de Seguridad Social, El Departamento de Servicios Sociales, El Departamento de la zona de Spartanburg de Salud Mental, La rehabilitación vocacional de Carolina del Sur, La Comisión de Carolina del Sur de Empleo, La Comisión de Spartanburg de Abuso de Alcohol y Drogas, Welvista, DHEC Región Dos, las oficinas de los médicos o proveedores para los que he recibido cuidado, y empleadores anteriores o actuales.

Tipo de Información divulgada: inscripción en, participación en y progreso de cuidado de cliente y médico pasado o presente o otra información sobre su y su familia para le ayudar a obtener colocación para cuidado médico o comunidad y/o servicios. Esta información puede incluir, pero no se limita a, cualquier historia de cuidado psiquiátrica, asaltos sexuales o exámenes para enfermedades infecciosas incluyendo AIDS/HIV. Por firmar abajo, está de acuerdo con la liberación de información médico o de otro tipo sobre su para agencias reguladores gubernamentales estatales y/o federales como puede ser requerido por la ley. También autoriza la liberación de su información médico y otro que es identificable para propósitos de investigación específicamente y sin limitación a La Oficina de Carolina del Sur de Investigación y Estadísticas.

El propósito de la liberación de información confidencial: facilitar logro de metas de cuidado de cliente. Estar en el programa es voluntario, y entiendo que puedo dejar el programa cualquier momento y revoco esta autorización para liberar su información médica y otra cualquier tiempo por correo o la entrega de una revocación escrita a la siguiente dirección: AccessHealth Spartanburg, Inc., ATTN: Director, 501 Howard St Suite B, Spartanburg, South Carolina 29303.

**Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo que la información cliente es protegido por las regulaciones federales de Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) (la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996) en privacidad del paciente y confidencialidad, y no puede ser divulgada sin mi consentimiento escrito a menos que se proporciona por la ley aplicable. Tengo derecho a revisar o recibir una copia de la información para que la autorización se solicita. Voy a recibir una copia de la autorización firmada. Puedo revocar esto consentimiento por escrito cualquier tiempo. Esta autorización expira:**

un ano de la fecha de firma, o:

\_\_\_\_\_

(Evento o condición)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Cliente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a

Médico/centro médico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico/centro médico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico/centro médico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico/centro médico: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

a divulgar la siguiente información a AccessHealth Spartanburg:

Fecha(s) del servicio: \_\_\_\_\_

**Divulgar mi información de salud**

**protegida a:**

**AccessHealth Spartanburg**

**501 Howard St Suite B**

**Spartanburg, SC 29303**

**Teléfono: (864) 560-0190**

**Fax: (864) 560-0199**

Breve resumen de la atención/resumen del alta

Historia clínica y exámenes físicos

Informes de radiografías

Informes de laboratorio

Notas de progreso de la enfermera/médico

ECG/EEG

Resumen del expediente clínico

Citología

Consulta(s)

Informe operatorio/Informe de patología

Expediente del Departamento de Emergencia (ED) (y adjuntos)

Otro: \_\_\_\_\_

1. Comprendo que estos registros estarán relacionados con mi identidad, pronóstico y diagnóstico.
2. Comprendo que al firmar este formulario autorizo la divulgación de información sensible (que incluye atención psiquiátrica, medicina conductual, anemia drepanocítica, VIH/SIDA o tratamiento por abuso de alcohol/sustancias) del médico y/o centro mencionado arriba. También comprendo que el médico y/o centro mencionado anteriormente únicamente divulgará información relevante para las necesidades de AccessHealth, a menos que la divulgación esté permitida por ley.
3. Comprendo que esta autorización puede ser revocada al escribir a AccessHealth Spartanburg en cualquier momento a la dirección indicada arriba, excepto en la medida en que tal acción haya sido tomada con base en esta autorización. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización expirará un año después de la fecha de la firma.
4. Comprendo que la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a nuevas divulgaciones de parte del destinatario, y ya no estará sujeta por las reglas de privacidad.
5. Libero al centro anterior, sus empleados y médicos por cualquier responsabilidad legal por esta divulgación en la medida indicada y autorizada.

Firma del cliente \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## **Responsabilidades del Cliente**

### **Resumen del Programa:**

Doctores, hospitales y otro proveedores han donado sus servicios para ayudarle a ser 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. Por firmar esta forma, está de acuerdo para cumplir con las Responsabilidades del Cliente debajo, y usted autoriza AccessHealth Spartanburg (AHS) para verificar lo que ha reportado durante el proceso de aplicación. Los clientes que anticipan acción legal con respecto a una lesión o enfermedad no son elegibles para ayudar a través de AHS. Reservamos el derecho a requerir que usted paga para cualquier asistencia que puede recibir basado en información inexacta proporcionada por usted. Puede también recibir algunas facturas, para que tiene responsabilidad, en el caso que necesita servicios que no son donado actualmente por el programa de AHS.

Estatus Independiente de Proveedores: Usted entiende y está de acuerdo que AccessHealth Spartanburg, Inc. está ayudando en la coordinación de cuidado y tratando a localizar el proveedor médico y/o social apropiado para usted, pero no es sí mismo proveyendo o suministrando ningún servicios médicos u otro para usted. Los médicos reales, practicas, gubernamental u otro organizaciones de apoyo con que AccessHealth Spartanburg, Inc. coordina su cuidado no son empleados o agentes de nos, y no tenemos responsabilidad para sus actos o omisiones.

### **Usted está de acuerdo que:**

1. Programará sus citas con AHS a través de la oficina de AHS. Referencias a un especialista hará basado en las recomendaciones de su médico de cuidado primario.
2. Seguirá su plan de cuidado, por ejemplo: obtener medicaciones prescritos y tomar según las instrucciones.
3. Proporcionará prontamente cualquier información, que puede ser solicitada por el programa, dentro del plazo solicitado.
4. Proporcionará la oficina de AHS con todas facturas médicas nuevas que recibe para servicios prestados mientras está inscrito en el programa de AHS.
5. Permitirá toda información con respecto a su participación en este programa para compartir con otros individuales, organizaciones y agencias solamente a la discreción de AHS, en acuerdo con las leyes estatales y federales.
6. Contactará inmediatamente AHS si su ingreso cambia o si se cubre por Medicare, Medicaid, seguro privado o otro seguro de salud/beneficios médicos.
7. Aplicará para Medicaid o otros programas de asistencia si usted es elegible.
8. Autorizará el Departamento de Estado de Servicios Humano para compartir información con respecto a su elegibilidad para Medicaid y otros programas con personal de AHS y proveedores médicos.

9. Contactará AHS inmediatamente con cualquier cambio en su dirección o número de teléfono.
10. Tomará mis medicaciones como prescrito por mi doctor. Entiendo que es mi responsabilidad para tener mis prescripciones llenas y reaplicará para mi provisión de medicaciones en una manera oportuna. También estoy de acuerdo, si se refiere, a aplicar para medicaciones libres a través de Programas de Medicación Ayuda proporcionado por mi navegador de cuidado o médico.

**Además usted está de acuerdo a:**

1. Mantener cada cita. (Para cancelar una cita, notificar a la oficina del proveedor a menos 24 horas antes de su cita o su cita será marcada como "No Se Presenta". Tres (3) "No Se Presenta" resulta en desinscripción de nuestro programa.
2. Llamar su médico de cuidado primario o AHS si necesita ser visto en otro lugar para tratamiento. Yo contactaré la oficina de mi médico primario o la oficina de AHS para después de hora instrucciones de emergencia.
3. Presentará su tarjeta de identificación de AccessHealth Spartanburg y un foto de identificación cada vez que mira un doctor.
4. Limitará sus visitas a la sala de emergencia a verdaderas emergencias. Para la mayoría de problemas, como dolor de la garganta, alergias, etc., puede recibir tratamiento más rápido y menos costoso a través de su médico de cuidado primario. Clientes de AHS que repetidamente van a la sala de emergencias sin una emergencia genuina puede ser desafiliado de AHS y puede ser responsable para cargos de la sala de emergencias.
5. Compartir la responsabilidad de mantener mi salud por vivir un estilo de vida saludable y cooperar con proveedores que están participando.
6. Entiendo que tendrá un médico asignado y si necesito hacer un cambio, hará esto a través de AHS.

Por firmar el contrato de las responsabilidades del paciente que el navegador de cuidado de AHS discutió con usted, usted confirma que está de acuerdo con las condiciones anteriores y que la información de ingreso usted proporcionó es exacto. Si no sigue las guías anteriores, será desafiliado de AHS. Su navegador de cuidado puede haber asignado responsabilidades específicas en el día de su entrada. Por firmar el acuerdo de las responsabilidades del paciente, está de acuerdo a mantener estas responsabilidades a lo mejor de su capacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

Firma de Cliente \_\_\_\_\_



## Consentimiento para divulgar información

OMB No. 0960-0566

Tiene que llenar todos los blancos requeridos. No podemos honrar su solicitud de divulgación de los expedientes, a menos que haya llenado todos los blancos requeridos. (Indicamos los blancos requeridos con un asterisco (\*).)

### Atención: Administración del Seguro Social

**\*Mi nombre completo**

**\*Mi fecha de nacimiento  
(Mes/día/año completo)**

**\*Mi número de Seguro Social**

Yo doy autorización a la Administración del Seguro Social para que divulgue la información o expedientes relacionados con mi persona a:

**\*NOMBRE DE LA PERSONA O DE LA ORGANIZACIÓN:**

**\*DIRECCIÓN DE LA PERSONA O DE LA ORGANIZACIÓN:**

**\*Yo quiero que esta información sea divulgada porque:**

Nos reservamos el derecho de cobrar un honorario por proporcionar la información solicitada, si esta solicitud de divulgación no está relacionada con ninguno de los programas que estipula la Ley del Seguro Social.

### **\*Por favor, divulguen la información solicitada de acuerdo a mis selecciones a seguir:**

Tiene que especificar qué información quiere que se divulgue, haciendo una marca en por lo menos un encasillado. Tampoco concederemos una petición solicitando que se divulguen «cualquier y todos los expedientes» ni tampoco peticiones de que se divulgue «el expediente en su totalidad». Ni tampoco concederemos una petición de divulgación de expedientes, a menos que usted especifique de qué fecha a qué fecha está solicitando la información, si procede.

1.  Número de Seguro Social
2.  La cantidad mensual actual de los beneficios de Seguro Social
3.  La cantidad mensual actual de los beneficios de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
4.  Las cantidades mensuales de mis beneficios entre las fechas de\_\_ \_\_\_\_\_ hasta
5.  Mis fechas de cobertura de Medicare entre las fechas de \_ hasta \_\_\_\_\_
6.  Mis expedientes médicos de mis reclamaciones entre las fechas de \_\_\_\_\_ hasta  
Si está solicitando que se divulguen los registros médicos de un menor de edad, no use este formulario. Si este es el caso, comuníquese con su oficina local del Seguro Social
7.  Todos mis expedientes médicos de mis reclamaciones
8.  Otros expedientes de mis reclamaciones (**declare específicamente qué información en sus expedientes está solicitando que se divulgue, ej., informe médico, solicitud, decisión o cuestionario**)

Yo soy la persona, acerca de quién corresponde la información o expedientes que se solicitan, o el padre o guardián legal de un menor de edad o el guardián legal de una persona quien ha sido declarada legalmente incompetente. Yo declaro bajo pena de perjurio (28 CFR § 16.41(d)(2004)) que he examinado toda la información en este formulario, y en todos los documentos y formularios que adheridos, y que la información es cierta y verdadera a mi mejor entender. Yo entiendo que cualquier persona que a sabiendas o intencionalmente solicita u obtiene acceso a expedientes relacionados a otra persona usando pretensiones falsas, lleva consigo la penalidad de hasta \$,5000. Yo también entiendo que tengo que pagar todos los honorarios requeridos para obtener acceso a la información solicitada cuando el propósito de la petición no está relacionada con los programas que administra el Seguro Social.

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco (si no es la persona dueña del expediente): \_\_\_\_\_

\*Número de teléfono diurno: \_\_\_\_\_

Necesita firmas de testigos SOLO si la firma aparece con una equis (X). Si se firmó con una equis (X), entonces necesitará la firma de dos testigos que conocen a la persona que firma y los testigos también tienen que firmar y divulgar sus direcciones postales completas. Favor de escribir en letra de molde el nombre de la persona que firma con una equis (X) en el espacio que lee «Firma».

1. Firma del testigo \_\_\_\_\_ 2. Firma del testigo \_\_\_\_\_

Dirección (número de casa, nombre de la calle, ciudad, estado y código postal): \_\_\_\_\_ Dirección (número de casa, nombre de la calle, ciudad, estado y código postal): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 |\_\_|\_|

<p>Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicológicos, de comportamiento o personales comunes. Estos problemas se consideran <b>significativos</b> 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.</p> <p>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).</p>	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 algo.....4 3 2 1 0
- b. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa.....4 3 2 1 0
- c. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo, o casa.....4 3 2 1 0
- d. Se le hizo difícil esperar su turno .....4 3 2 1 0
- e. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas .....4 3 2 1 0
- f. Comenzó peleas físicas con otras personas .....4 3 2 1 0
- g. Trató de “recuperar” sus pérdidas yendo a apostar otro día.....4 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) .....**
- |  |   |   |
|--|---|---|
|  | 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				



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.	Sólo 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, hacer ejercicios, incluso durante momentos de estrés.	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente en acuerdo	N/A



121 Greystone Blvd.  
Columbia, SC 29210  
803-933-9183  
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 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)  Seguro médico/Ley de Atención Asequible  Medicare  Medicaid  Family Planning/Healthy Check Up  VA Health

No tengo ningún tipo de seguro médico

**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	\$ _____
<b>Ingresos mensuales brutos totales del grupo familiar:</b>	<b>\$ _____</b>

**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 \_\_\_\_\_ SChrive 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 \_\_\_\_\_

## Cuestionario de actualización de las metas del cliente



Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a entender mejor su progreso en las metas establecidas previamente y cómo se ha estado controlando su acceso a la salud. Sus respuestas nos ayudarán a identificar cómo podemos mejorar los servicios que ofrecemos, así como la forma en que está usted mejorando.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

La fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

- 1) ¿Ha recibido alguna ayuda de alguno de los siguientes recursos en el último mes?
  - A. Department of Social Services (Departamento de servicios sociales) para cupones para alimentos/manutención de menores)
  - B. Punto de distribución de alimentos
  - C. Asistencia financiera de Piedmont Community Action, Middle Tyger Community Center, TOTAL Ministries, y/o iglesias locales (todos de estos lugares proveen asistencia para la gente en la comunidad)
  - D. Medicaid Healthy Connection/Family Planning (significa un aseso de salud y planificación familiar por Medicare)
  - E. Otro: \_\_\_\_\_
  - F. No
  
- 2) ¿Ha tenido citas con algún médico?
  - A. Sí, se completaron todas las citas
  - B. Sí, se perdió al menos una cita
  - C. No
  
- 3) ¿Ha estado en la sala de emergencias en los últimos 30 a 90 días?
  - A. Sí
  - B. No
  
- 4) ¿Ha estado en la Sala de Atención Inmediata (Immediate Care) en los últimos 30 a 90 dias?
  - A. Sí
  - B. No
  
- 5) ¿Ha sido admitido al hospital desde su última visita a AccessHealth Spartanburg?
  - A. Sí
  - B. No
  
- 6) ¿Ha tenido algún condicion médica?
  - A. Si
  - B. No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

7) ¿Ha cambiado el número de cigarrillos que fuma al día?

- A. Sí, fumo menos
- B. Sí, fumo más
- C. No
- D. La pregunta no aplica

8) ¿Tiene todos sus medicamentos?

- A. No, se me acabaron uno o más de los medicamentos: \_\_\_\_\_
- B. Sí
- C. La pregunta no aplica

9) ¿Ha solicitado alguna de las siguientes?

- A. Discapacidad
- B. Medicaid
- C. Medicare
- D. Seguro privado
- E. Affordable Care Act/ObamaCare (La ley del cuidado de la salud)
- F. Otros: \_\_\_\_\_
- G. Ninguno

10) Le interesaría asistir a una breve sesión sobre alguno de los siguientes temas? (Elija todas las que correspondan):

- A. Finanzas personales
- B. Finanzas familiares
- C. Alimentación saludable
- D. Ejercicio
- E. Asistencia laboral
- F Otro (Sírvese especificar): \_\_\_\_\_

11) ¿Está teniendo problemas o tiene preocupaciones que necesitan seguimiento por parte de un miembro del personal?