

SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL CONDADO DE COLLIN – IMPRENTA LEGIBLE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento: Mes Día Año		Género: Masculino Femenina		Teléfono de Contacto:	
Número de Seguro Social # - Últimos 4 (o no aplicable):			Correo Electrónico:		
Dirección			No. de Apto:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Condado:		Nombre de Soltera de la Madre:	
Raza: Nativo de Alaska / India Americano (ver más abajo) Blanco Negro/Afroamericano		Islaño del Pacífico Asiático Otro			
Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino					
¿Tiene el paciente un médico de atención primaria? (médico de hogar) Si No				¿Es el paciente un veterano? Si No	
Si el paciente es menor de 18 años, indique el nombre del padre/tutor.: _____ (Apellido del Padre/Tutor) (Nombre del Padre/Tutor)					

NIÑOS 0-18 AÑOS - ELEGIBILIDAD TVFC DECLARO EL PACIENTE ES:

INFORMACIÓN DEL HOGAR - NIÑOS DE 0 A 18 AÑOS

☐	No Asegurado: no tiene seguro médico	¿Cuántas personas viven en el hogar? _____	
☐	Inscrito a Medicaid: Número de Medicaid _____ Fecha de Elegibilidad: _____	Ingreso Mensual	Tarifa de administración de vacunas elegibles de TVFC
☐	Inscrito a CHIP: Número de CHIP: _____ Fecha de Elegibilidad: _____	☐ \$0 - \$1,335	Sin Cargo
☐	Indio Americano o Nativo de Alaska	☐ \$1,336 - \$2,025	\$5 Cada Vacuna
☐	Seguro Insuficiente: el seguro del paciente solo cubre vacunas seleccionadas.	☐ \$2,026 - \$2,715	\$10 Cada Vacuna
☐	Seguro Insuficiente: el paciente tiene seguro médico comercial/privado, pero la cobertura no incluye vacunas.	☐ \$2,715+	\$13 Cada Vacuna

ADULTOS MAYORES DE 19 AÑOS - ELEGIBILIDAD DE ASN - DECLARO QUE EL PACIENTE ES:

ADULTOS MAYORES DE 19 AÑOS: Tarifa de Administración de Vacunas Elegible para ASN

☐	No Asegurado: no tiene seguro médico	\$20 Cada Vacuna
--------------------------	--------------------------------------	------------------

TODAS LAS EDADES CON SEGURO - ELEGIBILIDAD DE PAGO PRIVADO - DECLARO QUE EL PACIENTE ES:

TODAS LAS EDADES CON SEGURO

☐	Asegurado: el seguro del paciente cubre vacunas.	LOS PRECIOS Y LA DISPONIBILIDAD VARÍAN, CONSULTE AL PERSONAL PARA OBTENER AYUDA
--------------------------	--	---

RECONOCIMIENTOS

Al firmar este formulario, el solicitante o representante legal, autoriza a CCHCS o su representante autorizado, a presentar un reclamo de reembolso y cobrar el pago por cualquier beneficio, servicio o asistencia que haya recibido. El paciente/padre/tutor, CCHCS (o representante autorizado), según corresponda, presentará el reclamo y cobrará el pago de cualquier compañía de seguros de salud privada o grupal, Medicaid, Medicare o cualquier plan de salud que cubre al solicitante. La declaración que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto proveer al personal de elegibilidad cualquier información necesaria para probar las declaraciones sobre la elegibilidad del solicitante. Entiendo que dar información falsa podría resultar en la descalificación y el reembolso.

Entiendo que, como parte de las prestaciones de servicios de atención médica, el Condado de Collin crea y mantiene registros médicos y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial médico y de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para el futuro tratamiento. Me han proporcionado un Aviso de Prácticas de Privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. Entiendo que el condado de Collin se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas con respecto al uso y divulgación de información de salud. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para tratamiento y pago de operaciones de atención médica, pero que el Condado de Collin no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas.

Nombre de la Persona que Completó la Solicitud (coincide con la identificación)	Firma de la Persona que Completó la Solicitud	Relación con el Paciente	Fecha

FOR OFFICE USE ONLY—VACCINATIONS REQUESTED

FOR OFFICE USE ONLY—PAYMENT DETAILS

PP VACCINES							
ASN VACCINES							
VFC VACCINES							
INFECTIOUS DISEASE SCREENING? ☐ YES ☐ NO - DONE BY:		MEDICAL HM PACKET: ☐ Y ☐ N		CLERK INITIALS:		\$_____ TOTAL PAID BY ☐ CC ☐ CASH ☐ CHECK	

HISTORIAL MÉDICO Y VERIFICACIÓN DE DETECCIÓN DE CONTRAINDICACIONES PARA LAS VACUNAS				
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS (PACIENTE)			FECHA DE NACIMIENTO	
			Mes	DÍA AÑO
DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: NO OFRECEMOS LAS SIGUIENTES VACUNAS PARA VIAJES: ÁNTRAX, CÓLERA, ENCEFALITIS JAPONESA, VIRUELA, TIFOIDEA Y FIEBRE AMARILLA. SI ESTÁ INTERESADO EN RECIBIR UNA VACUNA PARA VIAJES, HABLE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA.				
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NOS AYUDARÁN A DETERMINAR QUÉ VACUNAS PUEDE SER APLICADA HOY A LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS. SI RESPONDE "SÍ" A CUALQUIER PREGUNTA, NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE LA PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS NO DEBE SER VACUNADA. SÓLO SIGNIFICA QUE PUEDEN SER NECESARIAS PREGUNTAS ADICIONALES. SI ALGUNA PREGUNTA NO ES CLARA, HABLE CON SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.				
PREGUNTAS			Comentarios	
1.	¿Tiene el paciente alergias a medicamentos, alimentos, algún componente de vacunas o al látex?	Si ☐ No ☐		
2.	¿Ha tenido el paciente una reacción grave a alguna vacuna en el pasado?	Si ☐ No ☐		
3.	Si la paciente está en edad fértil, ¿cuándo fue el primer día de su último período menstrual? (por favor especifique en los comentarios)	N/A ☐		
4.	¿La paciente está embarazada o existe la posibilidad de que quede embarazada durante el próximo mes?	Si ☐ No ☐		
5.	¿Tiene el paciente un problema de salud a largo plazo con enfermedad cardíaca, pulmonar, renal o metabólica (por ejemplo, diabetes), asma, un trastorno sanguíneo, falta de bazo, deficiencia de componentes del complemento, un implante coclear o una fuga de líquido cefalorraquídeo?	Si ☐ No ☐		
6.	¿El paciente está en terapia de aspirina a largo plazo o está tomando anticoagulantes?	Si ☐ No ☐		
7.	¿Le han dicho a la persona que recibe la vacuna que tuvo sibilancias o asma en los últimos 12 meses?	Si ☐ No ☐		
8.	¿Alguna vez se le dijo a la paciente o tuvo invaginación intestinal (obstrucción intestinal)?	Si ☐ No ☐		
9.	¿Ha tenido el paciente, su hijo, hermano o padre alguna vez una convulsión, un problema cerebral u otro problema del sistema nervioso (por ejemplo, síndrome de Guillain-Barré)?	Si ☐ No ☐		
10.	¿Tiene el paciente cáncer, leucemia, VIH/SIDA o algún otro problema del sistema inmunológico?	Si ☐ No ☐		
11.	En los últimos 3 meses, ¿el paciente ha tomado medicamentos que afecten su sistema inmunológico, como prednisona, cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer; medicamentos para el tratamiento de la artritis reumatoide, Enfermedad de Crohn o psoriasis? ¿O el paciente ha recibido algún tratamiento de radiación?	Si ☐ No ☐		
12.	Durante el año pasado, ¿recibió el paciente una transfusión de sangre o productos sanguíneos, o le administraron inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?	Si ☐ No ☐		
13.	¿Ha recibido el paciente alguna vacuna en las últimas 4 semanas?	Si ☐ No ☐		
14.	¿El paciente ha tenido la enfermedad de Varicela?	Si ☐ No ☐	Si es así, ¿qué edad?	
Para todas las mujeres en edad fértil: Al firmar a continuación, reconozco y entiendo que si recibo alguna vacuna con virus vivos durante mi visita, debo practicar el método anticonceptivo de mi elección durante las próximas cuatro semanas después de recibir cualquier vacuna viva.				
Las declaraciones que he hecho, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa podría provocar lesiones graves o incluso la muerte. Reconozco y acepto que firmar esta lista de verificación de detección de contraindicaciones para las vacunas es un acto voluntario de mi parte y que he firmado este documento por mi propia voluntad y acto.				
Nombre en letra de la Persona que Completó la Solicitud		Firma de la Persona que Completó la Solicitud	Relación con el Paciente	Fecha
FOR OFFICE USE ONLY				
Form Reviewed By				Date

Notes: _____
