

SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO DE COLLIN SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD—IMPRIME LEGIBLEMENTE

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento: / / MES DIA AÑO		Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Nº. de Licencia o identificación:	
Número de Seguro Social:		Teléfono Casa:		Teléfono Celular:	
Domicilio:			Apartamento:	Ciudad:	
Estado:	Código Postal:	Condado:		Apellido Materno:	
Estado civil del paciente: <input type="checkbox"/> Anular <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero domestico <input type="checkbox"/> Viviendo juntos <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo					
Grupo Étnico: Nativo de Alaska o Indio Americano (indique abajo) <input type="checkbox"/> Blanco/No-Hispano <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro					
¿Tiene el paciente un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿El paciente es Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si el paciente es menor de 18 años, escribe el nombre del padre/guardián: _____ (Apellido de Padre/Guardián) (Nombre de Padre/Guardián)					

ELEGIBILIDAD— TEXAS VACCINES FOR CHILDREN (TVFC) YO DECLARO QUE EL PACIENTE:		INFORMACION DEL HOGAR / PRECIOS PARA SERVICIOS DEL PROGRAMA TVFC	
<input type="checkbox"/> No tiene cobertura médica o aseguranza. (Uninsured)		¿Cuántas personas viven en el hogar? _____	
<input type="checkbox"/> Está inscrito en Medicaid: N°. de Medicaid _____ Fecha de Elegibilidad : ____/____/____		Ingreso Mensual	Tarifa por Administrar las vacunas (VFC)
<input type="checkbox"/> Está inscrito en CHIP: N°. de CHIP: _____ Fecha de Elegibilidad: ____/____/____		<input type="checkbox"/> \$0 - \$1,335	Sin Cargo
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o Indio Americano (American Indian or Alaskan Native)		<input type="checkbox"/> \$1,336 - \$2,025	\$5 Cada Vacuna
<input type="checkbox"/> Tiene Seguro Insuficiente: el seguro del paciente solamente cubre ciertas vacunas. (Underinsured)		<input type="checkbox"/> \$2,026 - \$2,715	\$10 Cada Vacuna
<input type="checkbox"/> Tiene Seguro Insuficiente: el paciente tiene seguro medico privado, pero no cubre vacunas. (Underinsured)		<input type="checkbox"/> \$2,715+	\$14 Cada Vacuna

ELEGIBILIDAD—ADULT SAFETY NET (ASN)—YO DECLARO QUE EL PACIENTE:	PRECIO PARA SERVICIOS DEL PROGRAMA ASN
<input type="checkbox"/> No tiene cobertura médica o aseguranza. (Uninsured)	\$20 Cada Vacuna

ELIGIBILIDAD—PRIVATE PAY — YO DECLARO QUE EL PACIENTE:	PRECIO PARA SERVICIOS PRIVATE PAY
<input type="checkbox"/> Tiene cobertura médica privada que cubre vacunas. N°. de Póliza/Suscriptor: _____ N°. de Grupo: _____	LOS PRECIOS Y SU DISPONIBILIDAD PUEDEN VARIAR. SI NECESITA AYUDA, DIGALE A LA RECEPTIONISTA

ACUSE DE RECIBOS

Firmando esta solicitud, el paciente o apoderado legal están autorizando a CCHCS (iniciales en Ingles) o su representante legal, para someter una solicitud de reembolso y recolectar pago por cualquier beneficio, servicio o asistencia que usted haya recibido. Según lo apropiado, el paciente/padre/guardián, CCHCS (iniciales en Ingles), o su representante legal, someterán esta solicitud y recolectaran pago de cualquier asegurador privado o grupo asegurador médico, Medicaid, Medicare o cualquier plan de salud que provea cobertura médica al paciente. A mi leal saber y entender las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas son verdaderas y correctas. Me comprometo a dar al personal que verifica la elegibilidad toda la información necesaria para comprobar mis declaraciones sobre la elegibilidad. Yo entiendo y acepto que al proporcionar información falsa puede resultar en que yo no califique y que tenga que devolver el pago al programa

Yo entiendo que el departamento de Servicios de Salud del Condado de Collin crea, guarda y mantiene expedientes médicos y otra información que describe mi salud, mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes de tratamiento o cuidado médico en el futuro como parte de la provisión de servicios de salud. Me han proveído el Aviso de Practicas de Privacidad que da una descripción completa de los usos y divulgaciones de cierta información médica. Yo entiendo que el Condado de Collin reserva el derecho de cambiar el Aviso de Practicas de Privacidad con relación al uso y divulgación de información médica protegida. Yo entiendo que tengo el derecho a solicitar una restricción acerca de cómo usar/divulgar mi información médica para realizar mi tratamiento, pagos u operaciones de cuidado de salud, pero que no se le obliga al Condado de Collin a aceptar la solicitud para restricciones.

Nombre de la Persona quien completo el formulario (igual a identificación)	Firma de la Persona quien completo el formulario	Relacion con el Paciente	Fecha
			/ /

(PARA USO INTERNO) FOR OFFICE USE ONLY—VACCINES REQUESTED					PARA USO INTERNO-FOR OFFICE USE ONLY-PAYMENT DETAILS	
PP VACCINES						
ASN VACCINES						
VFC VACCINES						

INFECTIOUS DISEASE SCREENING? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO - DONE BY: _____	MEDICAL HM PACKET: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	CLERK INITIALS: _____	\$ _____ TOTAL PAID BY <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CASH <input type="checkbox"/> CHECK
---	--	-----------------------	---

CCHCS CUESTIONARIO DE CONTRAINDICACIONES PARA VACUNAS

NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO VACUNAS	FECHA DE NACIMIENTO		
	MM	/	DD / AAAA
¿Necesita el paciente las vacunas para viajar?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NOS AYUDARAN A DETERMINAR CUALES VACUNAS EL PACIENTE PODRA RECIBIR HOY. SI USTED RESPONDE "SI" A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, NO NECESARIAMENTE QUERE DECIR QUE EL PACIENTE NO DEBERIA SER VACUNADO. ES POSIBLE QUE SOLAMENTE REQUERIRIA MAS INFORMACION. SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS NO ESTAN EN CLARO, POR FAVOR HABLA CON SU MEDICO.			
1. ¿La persona recibiendo vacunas, está enferma hoy?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
2. ¿La persona recibiendo vacunas, tiene alergia a algún tipo de medicamento, comida, componente de las vacunas o al látex?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
3. ¿La persona recibiendo vacunas, ha tenido una reacción alérgica seria en el pasado?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
4. ¿Si la persona recibiendo vacunas está en edad de procrear, cuando fue el primer día de su último periodo menstrual (regla)?	/ /	N/A	Nota:
5. ¿La persona recibiendo vacunas, está embarazada o hay posibilidad de embarazo en el próximo mes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
6. ¿La persona recibiendo vacunas, ha tenido problemas de salud con los pulmones, corazón, riñones o enfermedad metabólica (ej. diabetes), asma o trastorno sanguíneo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
7. ¿La persona recibiendo vacunas, está en régimen de aspirina por largo plazo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
8. ¿La persona recibiendo vacunas, ha sido diagnosticado con dificultad respiratoria (sibilante) o asma en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
9. ¿La persona recibiendo vacunas, ha sido diagnosticado con bloqueo intestinal (intuspección)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
10. ¿La persona recibiendo vacunas, ha sufrido convulsiones, tenido problemas con el cerebro o sistema nervioso, o algún miembro familiar ha sufrido convulsiones (por ejemplo Síndrome Guillain-Barre)?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
11. ¿La persona recibiendo vacunas, tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA, o algún problema del sistema inmunológico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
12. ¿En los últimos 3 meses, la persona recibiendo vacunas ha tomado medicamentos que pueden debilitar el sistema inmunológico; como la cortisona, prednisone, otro tipo de esteroide, medicamento contra cáncer o tratamiento de radiación?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
13. ¿En este último año, la persona recibiendo vacunas ha tenido una transfusión de sangre o algún producto sanguíneo; recibió inmunoglobulina/gammaglobulina o algún medicamento antiviral?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
14. ¿La persona recibiendo vacunas, ha recibido cualquier tipo de vacuna en las últimas 4 semanas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Nota:
15. ¿La persona recibiendo vacunas ha tenido la enfermedad varicela?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En caso que Si, a qué edad se enfermó?
Para todas las mujeres en edad de procrear: Entiendo que si recibo cualquier vacuna que contenga virus activo (vivo) durante mi visita, debería usar protección contra el embarazo por las siguientes cuatro semanas después de recibir la vacuna. A mi leal saber y entender las declaraciones que he hecho, y mis respuestas a todas las preguntas son verdaderas y correctas. Yo entiendo que si doy declaraciones falsas pueden resultar en serias heridas o hasta en muerte. Yo reconozco y acepto que al firmar este formulario de contraindicaciones para vacunas, es un acto voluntario de mi parte y he firmado este documento por mi propia voluntad y poder.			
Nombre de la Persona quien completo el formulario	Firma de la Persona quien completo el formulario	Relación con el Paciente	Fecha
			/ /
FOR OFFICE USE ONLY			
Form Reviewed By		Date	/ /