

LISTA DE ELEGIBILIDAD DE PROGRAMAS

Fecha de Cita: ____/____/____ Hora: _____

Información Requerida Para Aplicar para un Programa de Descuento, Medicaid, o CHP

1. → Información personal de identidad: (Documento Original)

- ❖ Identificación del Estado de Colorado (licencia o identificación (I.D)) - Vigente
- ❖ Tarjetas de seguro social (para todos)
- ❖ Actas de nacimiento (para todos)
- ❖ Prueba de estado migratorio:
 - Tarjeta de residencia
 - Certificado de ciudadanía
 - Pasaporte de los Estados Unidos
 - Permiso de trabajo
 - Identificación con foto
 - Otra forma (Visa de estudiante, Identificación I-94, etc.)

2. → Verificación de Ingresos:

- ❖ Comprobante de ingresos del mes anterior del hogar (talones de cheques consecutivos)
 - Carta de trabajo (si no tiene talones)
 - Carta de beneficios de desempleo
 - Carta de Compensación de trabajadores
 - Carta de seguro suplementario (SSI)
 - Seguro de discapacidad (SSDI)
 - Pagos de planes de pensión
 - Carta de terminación o despedido de su trabajo
- ❖ Carta de entrega de Ayuda al Necesitado e Inválido o Pensión de Vejez (llamado Needy and Disabled (AND) o Old Age Pension)
- ❖ Ingresos como empleado independiente (Declaración de pérdidas y ganancias o libro contabilidad del negocio propio (la prueba debe ser proporcionada))

3. → Formas de impuestos y formas W-2 (más reciente)

4. → Verificación de domicilio reciente (contrato de renta o un recibo de algún servicio del domicilio actual con su nombre). Un casillero postal (P.O. Box) NO SERA aceptado.

5. → Tarjetas de Seguro de Salud (Medicare, Medicaid, CHP+ y aseguranza médica (privada))

6. → Verificación de prueba de embarazo en forma de carta.

Si usted no tiene lo que se ha mencionado por favor de decirle a la persona que le está ayudando, tal vez todavía usted pueda calificar para un programa. **Importante:** El personal de Sunrise se esfuerza en ayudar a pacientes a obtener cuidado médico accesible. Sin su ayuda en presentar la información requerida, Sunrise no podrá determinar un programa financiero para usted. Si le falta información, usted tendrá que hacer otra cita para su evaluación financiera.

Favor de escribir con tinta azul o negra



affordable access, quality care, for all

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Entendiendo Su Información de Salud

Cada vez que usted visita nuestro centro de salud comunitario, un expediente de su visita es creado. Este expediente usualmente contiene su nombre y otra información que pueda identificarle, sus síntomas, exámenes y resultados de sus análisis, tratamiento, plan para cuidado de salud futuro, e información financiera. Este expediente a veces se refiere como su “expediente médico” o “registro médico”. Este expediente permite a:

- Doctores, enfermeras/os, y otros profesionales de salud a planificar su tratamiento;
- Nuestro centro de salud comunitario obtener pago por los servicios que le proveamos, tales como planes de salud, Medicaid, o usted; y
- Nuestro centro de salud comunitario a medir la calidad de cuidado que le proveamos.

Como en el pasado, estamos comprometidos a mantener su información de salud confidencial. No utilizaremos o daremos a otros su información de salud sin su consentimiento por escrito, con la excepción de lo que se establece en este aviso.

Cómo Utilizaremos y Compartiremos Su Información de Salud

a. Tratamiento, Pagos y Procesos de Cuidado de Salud

Utilizaremos y ofreceremos a otros su información de salud para proveerle tratamientos de cuidado de salud, para obtener pagos por nuestros servicios, y para ayudarnos a operar en nuestro centro de salud comunitario. Por ejemplo:

- Daremos su información de salud a profesionales de cuidado de salud fuera de Sunrise Community Health, tales como otros doctores y personal que han ayudado a cuidarle;
- Podríamos enviarle una cuenta a su seguro de salud o a usted; y
- Nuestro centro de salud comunitario podría utilizar su expediente médico para revisar el desempeño de nuestras tareas y asegurarnos que usted recibe un cuidado de salud de calidad.

Sunrise Community Health comparte un expediente electrónico que es común entre los socios clínicos de North Colorado Health Alliance. Los socios clínicos que corrientemente están compartiendo el expediente son Sunrise y el Departamento de Salud Pública y Ambiente del Condado de Weld (Weld County Department of Public Health and Environment). El historial de cada paciente está accesible para el personal apropiado en cada instalación para que puedan brindar atención médica integral y de calidad.

b. Arreglo Organizado del Cuidado Médico

Como es permitido por la ley, las clínicas de Sunrise, Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente del Condado Weld, Distrito Escolar 6 de Greeley/Evans, Distrito Escolar Thompson, SummitStone Health Partners, Entidades Regionales Responsables (Regional Accountable Entities/RAEs), Community Health Care Provider Alliance (CHPA), North Range Behavioral Health y Farmacias Comunitarias y/o Administradoras de Beneficios Farmacéuticas, han acordado compartir su información de salud entre ellos para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Esto nos permite abordar mejor sus necesidades de atención médica. Este Aviso sirve como un único aviso conjunto para todos estos proveedores de atención médica.

c. Otros Usos e Información Permitidos o Requeridos por Ley

Sunrise Community Health aprueba, apoya y participa en el Intercambio de Información de Salud (HIE) a través de la Organización Regional de Información de Salud de Colorado (CORHIO) como una manera de mejorar la calidad de su cuidado y su experiencia de cuidado de salud. HIE nos provee una manera de compartir información clínica del paciente segura y eficientemente con otros médicos y proveedores de salud que participan en la red HIE. El uso de HIE ayuda a sus proveedores de atención médica a compartir información de manera más efectiva y brindarle una mejor atención. El HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que lo atienden tengan acceso inmediato a sus datos médicos que pueden ser críticos para su atención. Poner su información de salud a disposición de sus proveedores de atención médica a través del HIE también puede ayudar a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, usted puede optar por no participar en CORHIO-HIE o cancelar una opción de exclusión voluntaria en cualquier momento. Si usted opta por no participar en este programa, por favor recuerde que al perder el hecho de compartir su información con hospitales y otros proveedores, puede hacer que haya costos adicionales al duplicar exámenes.

Podríamos utilizar u ofrecer a otros su información de salud para los siguientes propósitos bajo circunstancias limitadas:

- A personas envueltas en su cuidado de salud o que le ayudan a pagar por su cuidado, tales como su familia, amigos personales, o cualquier otra persona escogida por usted, para notificarles de dónde usted se encuentra, su salud general, y para asistirle en su cuidado de salud (tales como el recogido de sus medicinas o ayudarle en su seguimiento);
- A agencias gubernamentales que supervisan nuestro centro de salud comunitario (tales como inspectores de licencias y certificaciones);
- A agencias gubernamentales que tienen el derecho a recibir y coleccionar información de salud (tales como control de brotes de enfermedades);
- Cuando un juez o una corte nos ordena;
- Para programas de compensación a trabajadores cuando su problema de salud es debido a un accidente relacionado con su trabajo;
- Cuando una ley requiere información (tal como para prevenir un peligro o accidente);
- A un fiscal de la salud y directores de funerarias para permitirles que puedan hacer sus deberes;
- A agencias de donantes de órganos (sujeto a las leyes aplicables);
- Para estudios de investigación que cumplen con todos los requerimientos de la ley de privacidad (tales como una investigación para detener una enfermedad);
- Para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad de otros;
- Para comunicarnos con usted sobre nuevos tratamientos o medicinas que le puedan ayudar;
- A personal asociado con el centro de salud comunitario que nos ayudan a realizar nuestro trabajo, tales como nuestros contadores, consultores de computadoras, y compañías de cuentas por cobrar (solamente si este personal asociado está de acuerdo a mantener por escrito su información de salud confidencial como requerido por ley); y
- Para cualquier otro propósito requerido o permitido por ley.

d. Otros Usos e Información que Requieren su Permiso por Escrito

Con excepción de lo estipulado arriba, podríamos utilizar o dar a otros su información de salud solamente después de haber obtenido su permiso por escrito en una Forma de Autorización. Entiendo que si autorizo el acceso de información de abuso de drogas y/o alcohol, la confidencialidad de esta información está protegida bajo la Ley Federal (42 CFR, Parte 2). Esta información no puede ser divulgada sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga específicamente lo contrario en los reglamentos. Puede revocar su autorización en cualquier momento notificándonos por escrito que desea hacerlo.

Sus Derechos Relacionados con la Información sobre su Salud

Sujeto a ciertos límites legales, usted tiene derecho en relación con el uso y descubrimiento de su información de salud incluyendo los derechos a:

- Requerir límites en los usos sobre su información de salud.
- Recibir comunicaciones confidenciales sobre su información de salud.
- Inspeccionar y copiar su información de salud.
- Requerir un cambio de su información de salud.
- Recibir un informe de cómo hemos utilizado y dado a otros su información de salud.
- Obtener una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad.

Preguntas, Preocupaciones y Cambios a este Aviso

Si tiene preguntas o desea hablar sobre la información en este Aviso de Prácticas de Privacidad, por favor comunicarse con at 1.888.692.6675, Sunrise Community Health, 2930 11th Avenue, Evans, CO 80620.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja formal a nuestro centro de salud comunitario o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja formal a nuestro centro de salud comunitario, comuníquese con at 1.888.692.6675, Sunrise Community Health, 2930 11th Avenue, Evans, CO 80620. Todas las quejas formales deben ser sometida por escrito. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Podríamos cambiar nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en el futuro. Tales cambios aplicarán a la información de salud suya que hemos creado o recibido antes de la fecha efectiva del cambio. Le notificaremos de cualquier cambio a nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad anunciando dichos cambios en nuestro centro de salud comunitario en nuestra red de Internet.

VERIFICACIÓN DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, _____, verifico que he recibido y leído una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sunrise Community Health en este día _____ de _____, 20___. También verifico que el día de hoy no tengo preguntas relacionadas con el Aviso de Prácticas de Privacidad.

X _____
Firma del Paciente o Guardián

Firma del Personal

Nombre del Paciente o Guardián en Letra de Molde

Nombre del Personal en Letra de Molde

Dirección del Paciente o Guardián

Número de Teléfono del Paciente o Guardián

Nombre de Niños en Casa

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____

Yo **solicito** una copia de la ley de privacidad para revisarla

Yo **rechazo** una copia de la ley de privacidad

Yo, _____, verifico que he recibido y leído una copia completa del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sunrise Community Health en este día _____ de _____, 20___. También verifico que el día de hoy no tengo preguntas relacionadas con el Aviso de Prácticas de Privacidad.

X _____
Firma del Paciente o Guardián

Firma del Personal

Nombre del Paciente o Guardián en Letra de Molde

Nombre del Personal en Letra de Molde

Dirección del Paciente o Guardián

Número de Teléfono del Paciente o Guardián

Nombre de Niños en Casa

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____
____/____/____

Yo **solicito** una copia de la ley de privacidad para revisarla

Yo **rechazo** una copia de la ley de privacidad



CONSENTIMIENTO PARA SER ATENDIDO (CONSENT TO BE TREATED)

Yo, _____ reconozco y acepto los servicios médicos prestados en esta entidad.

Entiendo que yo responsable de realizar mi copago. Acepto pagar los copagos en el momento de recibir servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Autorizo la divulgación o entrega de todos los registros de salud necesarios para garantizar el pago de los beneficios y autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros. También entiendo que en caso de que mi seguro o descuento no cubra un servicio, soy responsable de pagar cualquier reclamación denegada o beneficios no cubiertos.

Nombre y apellido de los menores de 18 años

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____

Firma del representante designado o del paciente

___ / ___ / ____
Fecha



CONSENTIMIENTO PARA SER ATENDIDO (CONSENT TO BE TREATED)

Yo, _____ reconozco y acepto los servicios médicos prestados en esta entidad.

Entiendo que yo responsable de realizar mi copago. Acepto pagar los copagos en el momento de recibir servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Autorizo la divulgación o entrega de todos los registros de salud necesarios para garantizar el pago de los beneficios y autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros. También entiendo que en caso de que mi seguro o descuento no cubra un servicio, soy responsable de pagar cualquier reclamación denegada o beneficios no cubiertos.

Nombre y apellido de los menores de 18 años

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____
_____	___ / ___ / ____

Firma del representante designado o del paciente

___ / ___ / ____
Fecha

FORMA DE EVALUACIÓN FINANCIERA



REGISTRO DEL PACIENTE / CABECERA DE FAMILIA

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Correo electrónico _____

Dirección Física: Calle/#de Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____ **Dirección de correo:** Calle/ # de Apto _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa/Celular: _____ **Teléfono de trabajo:** _____ **Idioma de preferencia:** _____ **Contacto de emergencia:** Nombre, dirección y teléfono _____

Usted prefiere que lo contactemos Teléfono Celular Teléfono en su casa Teléfono en su trabajo En persona

Podemos llamarle, enviarle mensajes de texto o dejarle mensajes de voz. Háganos saber si desea optar para no recibir recordatorios de citas de texto Si No

MIEMBROS DE FAMILIA: A continuación anote a todas las personas que viven en la dirección arriba mencionada (incluyéndose a usted)

1	NOMBRE LEGAL Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre	Relación con usted	Número de Seguro Social	SEXO (masculino/femenino / transgénero masculino o femenino/prefiero no reportar)	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Embarazada S/N	Seguro Médico S/N	Estado Civil	Trabajo/Jubilado(a) / Discapacitado(a)/ Estudiante/ Desempleado(a)	Pronombres (Ella/Suya, El/Suyo)	Orientación Sexual Heterosexual/ Lesbiana/Gay/ Bisexual/Prefiero no reportar	Para Uso de Oficina
1		Yo										
2												
3												
4												
5												
6												

Información Adicional; Por favor tome un momento para contestar las siguientes preguntas que apliquen a usted; son muy importantes para mantener nuestras opciones de financiación y para proveer atención médica a costo reducido. No vamos a reportar su nombre, dirección o su información personal como parte de este proceso.

¿Es usted un Veterano de Guerra? Si No **¿Alguien de los que figuran en la lista anterior es un veterano?** Si No Nombre: _____

1. ¿En algún momento dentro de los últimos 24 meses usted o algún miembro de su familia ha sido contratado para hacer trabajo de agricultura? Si No

Si contesto Si a la pregunta previa, es usted: Agricultor Temporal Trabajador Migrante Agricultor Temporal por-todo-el-año Trabajador Migrante/temporal Jubilado o Discapacitado

2. ¿Se considera usted desamparado? Si No Vive en la calle Hogar Temporal Refugio Otro _____

3. Ingreso Mensual del Hogar \$ _____ Sus pagos son: Semanales Quincenales Dos veces al mes Mensuales **Cantidad de personas que viven bajo este ingreso** _____

4. Grupo Étnico: Hispano/Latino No Hispano/Latino Prefiero no reportar

5. Raza Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otra Asiática Guameña o Chamorro Samoana Negro/Afroamericana Nativo Hawaiano Otras Islas del Pacífico Blanco/Caucásico Otra Prefiero no reportar

6. ¿Cómo se enteró sobre nosotros? Internet Médico/Hospital Paciente Comunidad Asociada 211 De boca a boca Periódico Otro _____

Consentimiento para el tratamiento y consentimiento para facturar a mi seguro

Reconozco y acepto los servicios médicos proporcionados por Sunrise Community Health. Entiendo que yo responsable de realizar mi copago. Acepto pagar los copagos en el momento de recibir servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado. Autorizo la divulgación o entrega de todos los registros de salud necesarios para garantizar el pago de los beneficios y autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros. También entiendo que en caso de que mi seguro o descuento no cubra un servicio, soy responsable de pagar cualquier reclamación denegada o beneficios no cubiertos

Firma _____ Fecha _____ Firma del cónyuge _____ Fecha _____

Formulario de elegir registro de votante

Para uso de la oficina solamente

Instrucciones

Por favor, lea la siguiente información y complete y firme el formulario abajo. Esta agencia mantendrá el formulario para sus archivos.

Aviso Importante

Usted puede presentar una queja con el secretario de estado de Colorado si cree que alguien ha interferido con su derecho a :

- registrarse o declinar el registro para votar,
- privacidad en la decisión de registrarse o en solicitar para registrarse para votar, o
- elegir su propio partido político y otras preferencias políticas.

Enviar quejas a:

Colorado Secretary of State
1700 Broadway
Denver, CO 80290
Phone: (303) 894-2200

Date: _____

The applicant completed a voter registration form

Yes No

The applicant requested and was given a voter registration form for later delivery

Yes No

Employee Initials: _____

Usted puede solicitar el registro de votantes o actualizar su registro hoy

- Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, usted puede registrarse para votar aquí hoy.
- Si quiere ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de registro en privado.

¿Afecta los servicios que estoy solicitando el hecho de que llene o no llene el formulario de registro?

No. Solicitar registrarse o declinar el registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que esta agencia le proporcionará.

¿Qué tan privado es este proceso?

El nombre y lugar de la agencia u oficina pública donde recibió la solicitud de registro de votante no aparecerá en sus archivos. Si decide no usar esta solicitud para registrarse para votar, esto también es confidencial.

Complete y firme abajo

Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿desea solicitar para registrarse para votar aquí hoy?

Por favor, sólo marque una de las casillas a continuación y firme abajo. Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar por el momento.

Sí, deseo solicitar para registrarme para votar hoy. (Por favor llene el Formulario de registro de votante)

Usted es elegible para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos.
- Es o será un residente del estado de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted se propone votar,
- Tiene por lo menos 15 años de edad, pero usted debe tener 18 años de edad o mayor en la fecha de una elección en la que usted se propone votar.
- NO está cumpliendo una condena debido a una condena por delito.

No, no deseo solicitar para registrarme para votar hoy.

Su nombre completo (letra de imprenta)

Firma

Fecha de hoy (MM/DD/AA)

Formulario de elegir registro de votante

Para uso de la oficina solamente

Instrucciones

Por favor, lea la siguiente información y complete y firme el formulario abajo. Esta agencia mantendrá el formulario para sus archivos.

Aviso Importante

Usted puede presentar una queja con el secretario de estado de Colorado si cree que alguien ha interferido con su derecho a :

- registrarse o declinar el registro para votar,
- privacidad en la decisión de registrarse o en solicitar para registrarse para votar, o
- elegir su propio partido político y otras preferencias políticas.

Enviar quejas a:

Colorado Secretary of State
1700 Broadway
Denver, CO 80290
Phone: (303) 894-2200

Date: _____

The applicant completed a voter registration form

Yes No

The applicant requested and was given a voter registration form for later delivery

Yes No

Employee Initials: _____

Usted puede solicitar el registro de votantes o actualizar su registro hoy

- Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, usted puede registrarse para votar aquí hoy.
- Si quiere ayuda para llenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de registro en privado.

¿Afecta los servicios que estoy solicitando el hecho de que llene o no llene el formulario de registro?

No. Solicitar registrarse o declinar el registro para votar no afectará la cantidad de ayuda que esta agencia le proporcionará.

¿Qué tan privado es este proceso?

El nombre y lugar de la agencia u oficina pública donde recibió la solicitud de registro de votante no aparecerá en sus archivos. Si decide no usar esta solicitud para registrarse para votar, esto también es confidencial.

Complete y firme abajo

Si no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿desea solicitar para registrarse para votar aquí hoy?

Por favor, sólo marque una de las casillas a continuación y firme abajo. Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar por el momento.

Sí, deseo solicitar para registrarme para votar hoy. (Por favor llene el Formulario de registro de votante)

Usted es elegible para votar si:

- Es ciudadano de los Estados Unidos.
- Es o será un residente del estado de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted se propone votar,
- Tiene por lo menos 15 años de edad, pero usted debe tener 18 años de edad o mayor en la fecha de una elección en la que usted se propone votar.
- NO está cumpliendo una condena debido a una condena por delito.

No, no deseo solicitar para registrarme para votar hoy.

Su nombre completo (letra de imprenta)

Firma

Fecha de hoy (MM/DD/AA)