



Documentos Requeridos

***** Para poder procesar su solicitud, por favor de traer los documentos requeridos de usted y los miembros de su hogar *****

PRUEBA DE IDENTIFICACION - debe proporcionar uno de los siguientes:

- Licencia de manejar o identificación de Texas
- Identificación dada por el Gobierno
- Pasaporte
- Tarjeta de Residencia

PRUEBA DE RESIDENCIA- debe proporcionar *por lo menos DOS de los siguientes*:

- Si usted es propietario de su casa traiga su comprobante donde paga impuestos
- Factura de Servicios con dirección física
- Tarjeta de matriculación de votante
- Licencia de manejar/identificación de Texas con dirección de domicilio actual
- Contrato de arrendamiento
- Verificación de la forma de alquiler

Beneficios Estatales recibidos - debe proporcionar todas las cartas de negación o aprobación de usted y los miembros de su hogar.

- Medicare
- Medicaid
- SNAP
- TANF Assistance
- CHIP

Prueba de bienes y recursos - debe proporcionar documentación de los bienes y recursos que tenga usted y los miembros de su hogar.

- 3 meses de estados de cuenta Bancarios (cheque, ahorros, mercado de dinero, cash app, venmo, zelle, pay pal, etc.)
- Registro o título de todos los vehículos, barcos, RV de su propiedad o de los miembros de su casa.
- Si su vehículo tiene adeudo necesita traer declaración de balance de préstamo
- Verificación de cuentas de retiro, almacenas, u otras cuentas de inversión.
- Información de Bienes raíces de todas las propiedades que usted sea el propietario.

Prueba de Ingresos/Sueldo de todos de la familia -debe proporcionar documentación de los ingresos de usted y los miembros de su hogar.

- 4 semanas de pago consecutivamente
- Trabajador Independiente (proporcione su declaración de impuestos o documentos de registro comercial)
- Declaración de Trabajador Independiente formulario 3085
- Declaración de pensión alimenticia de hijo/a (declaración de la oficina de procurador general u orden de corte)
- Carta de beneficios de desempleo
- Carta de beneficios de SSI, RSDI, VA, SSA, TANF
- Carta de beneficios de compensación del trabajador
- Carta de verificación del empleador 3084
- Comprobante de retiro o pensión
- Comprobante de préstamos, regalos en efectivo u otras contribuciones
- Cualquier otro ingreso recibido por un miembro de su casa
- Certificación de ingresos nulos

Número de Seguro Social

- Proporcionar los números de seguro social de todos los miembros de la casa

Materiales de la Solicitud

- Solicitud completa, firmada y con fecha
- Solicitud Suplemental Completa
- Formulario de Liberación de Datos
- Formulario de Póliza de Fraude
- Formulario de Pautas de Comportamiento
- Formulario de Información de Salud Protegida (PHI)

Otra información:

- Declaración de estado civil
-
-

Si cualquier otra información es requerida después de verificar su solicitud y documentos proporcionados, usted tendrá 14 días para someter los documentos requeridos. Si usted no entrega la documentación adecuada requerida para una determinación de elegibilidad podría resultar en negación de nuestros servicios. Cualquier persona que intencionalmente falsifique la verdad al completar su solicitud del programa será negada de nuestros servicios u enjuiciado/a penalmente.



Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes
Solicitud de asistencia médica

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)

Status <input type="radio"/> Application <input type="radio"/> Review	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable
---	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------	--

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área
--	-----------------------------------	--

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.

Sí No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
--	---------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (si lo sabe)	Sexo (Masculino/ Femenino)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es usted extranjero patrocinado?
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: _____ Estado: _____ ¿Piensa permanecer en este condado y estado? Sí No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

- Es dueño o está pagando por el hogar
 Vive en una casa que otra persona paga
 No tiene residencia permanente
 Vive con otra persona
 Renta una casa o apartamento
 Cárcel

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Teléfono	\$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	\$
Impuestos y seguro anuales del hogar	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted? Sí No Si contesta que sí, ¿quién? _____

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios? Sí No

Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) Programa SNAP (estampillas para alimentos) Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? _____

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada? Sí No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? _____

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad? Sí No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? _____

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

Sí No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? _____

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses? Sí No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? _____

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

Sí No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? _____

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares?

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

Año	Marca y modelo	+
1		-
2		-
3		-
4		-

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad? Sí No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad? Sí No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses? Sí No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? _____

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero	Cantidad recibida	Frecuencia del ingreso

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

 Firma del solicitante

 Fecha

 Firma del cónyuge

 Fecha

 Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604

 Firma del representante del solicitante

 Firma del testigo (si el solicitante firmó con una "X")

 Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal):

 Código de área y tel.:

El Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes ayuda a la gente a pagar la atención médica que necesita. Su derecho a recibir esta ayuda depende de sus ingresos, sus posesiones, el lugar donde vive, los demás beneficios que reciba o que podría recibir, así como otros factores. Asegúrese de:

1. Incluir su nombre y dirección;
2. Firmar y escribir la fecha en la página 3 de la solicitud, y
3. Responder a tantas preguntas como pueda en esta solicitud.

Entregue o envíe por correo su solicitud hoy mismo, aún si no pueda responder a todas las preguntas.

Sus responsabilidades

Es posible que se le pida que traiga pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que le diga a la persona que lo entreviste. Si necesita ayuda para conseguir pruebas, la persona que lo entreviste le ayudará. A continuación se enumeran ejemplos de alguna información que se le podría pedir que compruebe y los documentos que puede usar como prueba.

Lugar donde vive y donde piensa seguir viviendo: Correspondencia que recibe en su domicilio; expedientes escolares; documentos para votar; recibos de impuestos sobre la propiedad o el pago de alquiler o de hipoteca; licencia de manejar de Texas, y otros documentos de identificación oficiales.

Sus posesiones y el valor que tienen: Avalúos de impuestos sobre los bienes; estimaciones de las agencias de automóviles; anuncios de venta de artículos similares; declaraciones de agentes de bienes raíces, y estados de cuentas bancarias.

Sus ingresos: Comprobantes del pago; talones de cheque; formulario de impuestos W-2 o declaración de impuestos; comprobantes de ventas; declaraciones de los empleadores; cartas de concesión; documentos legales, y declaraciones de personas que le dan dinero.

Otro tipo de cobertura de atención médica: Cartas de concesión o de reclamos; pólizas de seguro de vida; documentos del tribunal, y otros expedientes judiciales.

La información sobre los números de Seguro Social debe proporcionarse si está disponible. La información sobre el sexo (masculino/femenino) no es obligatoria. Esta información no se toma en cuenta para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios.

Debe dar información sobre el seguro médico y cualquier tercero responsable económicamente de los servicios de atención médica pagados por el condado por usted y los miembros de su hogar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted concede al condado el derecho de recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios de atención médica, que hayan sido prestados por el condado.

Se le podría pedir que solicite los beneficios de Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si se le pide que solicite los beneficios de uno de estos programas o si ya presentó la solicitud, pero está esperando una respuesta, su solicitud de CIHCP podría permanecer pendiente hasta que se determina que no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas. Si no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas y si contestó todas las preguntas de la solicitud y presentó todas las pruebas solicitadas, su solicitud podrá ser tramitada. Después, el CIHCP tendrá 14 días para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios.

Después de presentar su solicitud, debe informar en un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos, personas que viven con usted, o si solicitó o recibió Medicaid, TANF o SSI.

Programa de Atención Médica De Indigente del Condado de Presidio-Brewster

Aplicación Suplementaria

Nombre del cliente:				Condado:		
Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono:		Ciudadanía:		
Estado civil:	<input type="checkbox"/> soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Separados	<input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Derecho Común
Estado de empleo:	<input type="checkbox"/> Empleado/a	<input type="checkbox"/> Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Temporal	Idioma primario:	
	<input type="checkbox"/> Desempleado/a					
Estado del estudiante:	<input type="checkbox"/> : Universidad/Colegio, nombre y lugar					

¿Cómo se enteró del Programa de Salud Indigente del Condado de Presidio-Brewster?		
Proporcione detalles sobre cualquier condición médica actual, enumere todos los problemas médicos en curso:		
¿Su condición médica es el resultado de:	Sí	No
Accidente laboral		
Accidente automovilístico		
Asalto		
En caso afirmativo, explicar por favor:		
¿Está viendo actualmente a un médico? ¿Tiene un médico de atención primaria? En caso afirmativo, indique los médicos:		
¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado? Por favor, enumere todos los medicamentos:		
¿Tiene alguna necesidad médica inmediata?		

¿Qué beneficios recibe?	
<input type="checkbox"/> Medicare Parte A	<input type="checkbox"/> TANF (asistencia temporal para familias necesitadas)
<input type="checkbox"/> Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> WIC (programa especial de nutrición suplementaria)
<input type="checkbox"/> Medicare Parte D	<input type="checkbox"/> TX Medicaid Women's Health Program
<input type="checkbox"/> SNAP (programa de asistencia nutricional suplementaria)	<input type="checkbox"/> Asistencia a la vivienda
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:

¿Tiene alguno de los siguientes bienes/recursos?			
Bienes/Recursos	Sí	No	\$ Valor
Efectivo en mano			\$
Cuenta de cheques			\$
Cuenta de Ahorros			\$
Certificados de Depósito			\$
Acciones o Bonos			\$
Bienes Raíces (excluyendo propiedad de Homestead)			\$
Cuentas de jubilación			\$
Ganado			\$
Acuerdos de seguros o demandas			\$
Barco/RV/ATV			\$
Vehículo(s):			\$
Cash app, Venmo, Zelle, Pay Pal, etc..			\$
Otros bienes:			\$

¿Tiene ingresos de alguna de las siguientes fuentes?				
Fuente de ingresos	Sí	No	\$ Cantidad	Frecuencia
Salarios de empleo, salarios, comisiones			\$	
Ingresos de propinas			\$	
Ingresos por autoempleo			\$	
Beneficios de Desempleo			\$	
Beneficios del Seguro Social			\$	
Beneficios de compensación de trabajadores			\$	
Regalos en efectivo			\$	
Manutención infantil			\$	
Dividendos o regalías			\$	
Interés			\$	
Pensiones			\$	
Ingresos por patrocinadores extranjeros			\$	
Otros ingresos:			\$	
Otros ingresos:			\$	
Otros ingresos:			\$	

Seguro Social	Sí	No
¿Recibe seguro social/SSI (Ingreso suplementario de seguridad)		
¿Está en el proceso de solicitar beneficios de Seguro Social/SSI?		
¿Cuál es el estado de su solicitud?		
<input type="checkbox"/> Nueva aplicación <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Reconsideración <input type="checkbox"/> Solicitud de audiencia		

¿Necesita asistencia de transporte para citas médicas?	Sí	No
¿Hay algo más que el Defensor del Paciente deba saber sobre usted o su hogar? ¿Tiene otras necesidades?		

Verifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del solicitante

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA OBTENER Y PARA LANZAR LA INFORMACIÓN

Aplicante: _____ NSS: _____

Esposo/ Esposa: _____ NSS: _____

Yo soy un miembro de la casa aplicando por asistencia de Big Bend Health. Yo entiendo que para que puedan determinar si mi casa califica para el programa o ayuda continuada, es necesario que Big Bend Health verifique ingresos y otra información.

Yo autorizo a Big Bend Regional Hospital District/Big Bend Health que verifiquen reportes de crédito, y información personal para el propósito de hacer una determinación de mi elegibilidad para programas de Big Bend Health. Entiendo que cualquier elegibilidad será condicional basado en la información revisada en mi reporte.

Yo autorizo familiares, abogados, patrones, propietarios, banqueros, oficiales de ahorros postales, compañías de seguros, orden fraternal, agencia de gobierno, el Departamento de Salud de Tejas, Administración de Seguro Social, organización de caridad, o otra persona o entidad que tenga información de mí o mi circunstancia que den información a un representante de Big Bend Regional Hospital District para que hagan una determinación en mi caso.

Yo voy a firmar una autorización escrita dando permiso a mí(s) doctor(es) medico(s) y otros abastecedores de cuidado médico y entidades medicas que den información a Big Bend Health para que puedan hacer una determinación en mi caso de elegibilidad para el programa.

Yo autorizo que el departamento de Big Bend Health de información de mi aplicación a las personas o entidades enlistadas para el propósito de verificar todos ingresos y otra información y hacer una determinación en mi caso sobre elegibilidad para el programa.

Yo entiendo que cualquier persona que con conocimiento miente o falsifica información o consigue a alguien que lo haga en el proceso de completar esta aplicación o en el proceso de elegibilidad está cometiendo un crimen, que puede ser castigada bajo Ley Federal, Ley de Estado, o los dos.

Firma de Aplicante

Fecha

Firma de Esposo/Esposa

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d)
En efecto junio de 2013

Por favor lea todo este formulario antes de firmarlo y llene todas las secciones que aplican a sus decisiones relacionadas a la divulgación de información médica protegida. Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001 deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Médica y otras leyes aplicables. No se les puede negar tratamiento a personas en base al hecho de que no han firmado este formulario de autorización, y rehusar firmar este formulario no afectará el pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O DE LA PERSONA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTRO NOMBRE(S) QUE USA _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO (_____) _____ TEL. ALTERNO (_____) _____

E-MAIL/CORREO ELECTRÓNICO (Opcional): _____

AUTORIZO A LOS SIGUIENTES LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL MÉDICA PROTEGIDA:

Persona/Organización Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Tel. (_____) _____ Fax (_____) _____

RAZÓN PARA LA DIVULGACIÓN (Escoja solo una opción de abajo)

- Tratamiento/Continuar Cuidado Médico
- Uso Personal
- Facturación o Reclamos
- Seguro
- Asuntos Legales
- Determinación de Discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro _____

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Persona/Organización Nombre Big Bend Regional Hospital District
Dirección P.O. Box 1019
Ciudad Alpine Estado TX Código Postal 79831
Tel. (432) _____ 837-7051 Fax (432) _____ 837-3261

¿CUÁL INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA?

Para llenar la siguiente sección, indique cuáles artículos desea que sean divulgados. La firma de un paciente que es menor de edad se requiere para divulgar algunos de estos artículos. Si toda la información médica debe ser divulgada, marque solo la primera casilla.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Toda información médica | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Órdenes del Doctor | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones | <input type="checkbox"/> Reportes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen del alta médica | <input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas Diagnósticas | <input type="checkbox"/> Reportes de ECG/Cardiología |
| <input type="checkbox"/> Reportes de patología | <input type="checkbox"/> Información de facturas | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología e Imágenes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

_____ Expedientes de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia) _____ Información Genética (incluyendo Resultados de Prueba Genética)
_____ Expediente de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias _____ Resultados de Prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

LAPSO DE TIEMPO EFECTIVO Esta autorización es válida hasta lo que ocurra primero: la muerte de la persona; la persona cumple mayoría de edad; o se retira el permiso; o en la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO DE ANULAR: Comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento presentando un aviso escrito declarando mi intención de anular esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Comprendo que acciones hechas anteriormente en base a esta autorización por entidades que tenían permiso de acceder a mi información médica no serán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN: He leído este formulario y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de la información según es descrita. Comprendo que rehusar firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que ha ocurrido antes de la anulación o que es permitida por ley sin mi autorización específica o permiso, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según las disposiciones del Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en conformidad a esta autorización podría quedar sujeta a ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría ya no ser protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA X _____
Firma de la Persona o del Representante Legalmente Autorizado de la Persona

FECHA _____

Nombre Impreso del Representante Legalmente Autorizado (si aplica): _____
Si es el representante, favor de precisar su relación con la persona: Padre del menor de edad Tutor Otro _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo por ejemplo, la divulgación de información relacionada a ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades transmitidas sexualmente, y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento mental (Vea, p.ej. Código Fam. de Texas § 32.003).

FIRMA X _____
Firma del Menor de Edad

FECHA _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d)
En efecto junio de 2013

El Procurador General de Texas ha adoptado una Autorización para Divulgar Información Médica Protegida estándar de acuerdo al Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d). La intención del uso de este formulario es para cumplir con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Texas de Salud y Seguridad, Capítulo 181). **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Médica y otras leyes aplicables.**

Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. (Código de Tex. De Salud y Seguridad §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, y 164.508).

La autorización proporcionada al usar el formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información médica protegida de la persona nombrada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, inclusive usando cualquier método electrónico.

Definiciones - En el formulario, el término “tratamiento”, “operaciones de cuidado médico”, “notas de psicoterapia”, e “información médica protegida” son tal como hayan sido definidas en HIPAA (45 CFR 164.501). “Representante legalmente autorizado” como se usa en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Código Laboral de Tex. § 151.002(6); Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 166.164, 241.151; y Código de Texas de Sucesiones § 3(aa)).

Información Médica a ser Divulgada - Si “Toda Información Médica” es seleccionada para ser divulgada, la información médica incluye, pero no se limita a, todos los expedientes y otra información con respecto a antecedentes médicos, tratamiento, hospitalización, pruebas, y tratamiento ambulatorio, y también expedientes educacionales que pueden contener información médica. Tal como es indicado en el formulario, se requiere autorización específica para divulgar información sobre ciertas condiciones delicadas, inclusive:

- Expedientes de salud mental (excluyendo “notas de psicoterapia” según es definido por HIPAA en 45 CFR 164.501).
- Expedientes de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias.
- Expedientes o pruebas relacionadas al VIH/SIDA.
- Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) (salvo si pueden ser prohibidas por 45 C.F.R. § 164.502).

Aviso de Divulgación de Archivos Médicos - No se requiere este formulario para la divulgación permitida de información médica personal protegida a la persona o al representante legal autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.102). Si con este formulario se está solicitando una copia del expediente médico de la persona, la ley estatal y federal permite tal acceso, salvo si tal acceso se determina es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona por un doctor o proveedor de salud mental. (Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 181.102, 611.0045(b); Código Laboral de Texas § 159.006(a); 45C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si un proveedor de atención médica es nombrado específicamente en la sección “Quién Puede Recibir y Usar la Información Médica” de este formulario, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye a doctores, otros proveedores de atención médica (tal como enfermeras y personal médico) involucrados en el tratamiento médico de la persona en la instalación de la entidad o en la oficina de dicha persona, y proveedores de atención médica que están cubriendo o disponibles para la persona u organización especificada, y personal o agentes (tal como socios u organizaciones de servicio) que realizan actividades y objetivos permitidos por ley para la entidad cubierta o persona especificada. Si se especifica a una entidad cubierta que no sea proveedor de atención médica, el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal de dicha entidad o agentes y subcontratistas que realizan actividades y objetivos permitidos por este formulario para esa entidad. Una persona puede tener derecho a limitar ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionada a servicios pagados enteramente por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Autorizaciones para Propósitos de Ventas o Mercadeo - Si esta autorización se está haciendo con propósitos de ventas o mercadeo y la entidad cubierta recibe remuneración directa o indirecta de terceros en conexión con el uso o divulgación de la información de la persona para mercadeo, la autorización debe claramente indicar a la persona que tal remuneración existe. (Código de Texas de Salud y Seguridad §181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitaciones de este formulario - Este formulario de autorización no será utilizado para divulgar cualquier información médica en lo que se refiere a: (1) inscripción en plan de beneficios médicos y/o decisiones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4) (ii), .508(c)(2)(ii)); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii)); o para propósitos de investigaciones (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). **El uso de este formulario no libera de responsabilidad a una entidad de cumplir con las leyes federales o estatales que aplican o reglamentos con respecto a acceder, usar o divulgar información médica u otra información personal confidencial (p.ej., 42 CFR Parte 2, limitando el uso de información relacionada al abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no da derecho a una entidad o sus empleados, agentes o asignados a cualquier limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación al acceso, uso o divulgación de la información médica obtenida por medio del uso de este formulario.**

Costos - Algunas entidades cubiertas podrían cobrar una cuota de recuperación/trámite y por copias de expedientes médicos. (Código de Texas de Salud y Seguridad § 241.154).

Derecho a Recibir Copia - La persona y/o su representante legalmente autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

BIG BEND HEALTH

BEHAVIORAL GUIDELINES

- ALL applicants and qualified clients are required to comply with all State and County policies and guidelines to receive services through Big Bend Health programs.
- ALL applicants and qualified clients are required to comply with behavioral guidelines established by the State of Texas and apply to your Primary Care Physicians office and any specialist's offices they are referred to.
- ALL applicants and qualified clients who are rude and display disruptive or abusive languages and behavior will not be seen. Our personnel will be protected from dangerous situations; physical or combative confrontations are grounds for immediate termination from the Indigent Healthcare Program.
- ALL qualified clients are expected to comply with the medical regime proposed by the assigned Primary Care Physician's office or by the Specialist Office of whom they were referred. Referred additional testing, such as lab, radiology procedures or other specialist referrals, should be completed within one week of their last primary care physician's visit. We cannot properly treat without testing results. Qualified clients will be terminated from the program for repeated non-compliance.
- ALL qualified clients are expected to give all Physicians, Primary Care or Specialists, at least 24 hours advance notice to cancellation of an appointment, if the client is unable to keep the appointment. The client will be terminated from the Indigent Healthcare Program for repeated failure to keep scheduled appointments.
- No qualified clients shall receive any medications without periodic primary care physician evaluation (six months evaluation).
- Clients will be terminated from the Indigent Healthcare Program for illicit drug usage and continued alcohol abuse, if not currently and actively participating in a supervised rehab program.

I HAVE READ AND UNDERSTAND ALL OF THE ABOVE GUIDELINES:

PAUTAS DE COMPORTAMIENTO

- Todos los solicitantes y clientes calificados deben cumplir con todas las pólizas y pautas estatales del condado para recibir servicios a través de los programas de Big Bend Health
- Todos los solicitantes y clientes calificados están obligados a cumplir con las pautas de comportamiento establecidas por el Estado de Texas y aplicar a su oficina de Primary Care Physicians y a las oficinas de cualquier especialista a los que se les hace referencia.
- No se verán a los solicitantes y clientes calificados que sean groseros y muestren lenguajes y comportamientos disruptivos o abusivos. Nuestra voluntad personal estará protegida de situaciones peligrosas; las confrontaciones físicas o combativas son motivo para la terminación inmediata del Programa de atención Medica Indigente.
- Se espera que todos los clientes calificados cumplan con el régimen medico propuesto por la Oficina del Médico de Atención Primaria asignada o por la Oficina de Especialistas de quien fueron referidos. Las pruebas adicionales referidas, como el laboratorio, los procedimientos de radiología u otras derivaciones especializadas, deben completarse una semana después de la visita de su médico de atención primaria. No Podemos tartar adecuadamente sin los resultados de las pruebas. Los clientes calificados serán despedidos del programa por incumplimiento repetido.
- Ningún cliente calificado recibirá ningún medicamento sin evaluación periódica del médico de atención primaria (evaluación de seis meses).
- Los clientes serán despedidos del Programa de Cuidado de salud de Indigente por el uso ilícito de drogas y el abuso continuo de alcohol, si no participa actualmente y activamente en un programa de rehabilitación supervisado.
- Se espera que todos los clientes calificados notifiquen a todos los médicos, atención primaria o especialistas con lo menos 24 horas de anticipacion a la cancelación de una cita, si el cliente no puede cumplir la cita. El cliente será despedido del Programa de atención Medica de Indigente por fallas repetidas en a la realización de citas programadas.

HE LEIDO Y ENTIENDO TODAS LAS PAUTAS ANTERIORES:

Applicant's Signature/*Firme de Solicitante*

Date/*Fecha*

Printed Name of Applicant/*Nombre en molde del Solicitante*



Fraud Policy

I, _____ attest that the statements I have made in my application and interviews, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief.

I agree to give staff and the Big Bend Regional Hospital District any information necessary to prove statements about my eligibility.

I agree to report any of the following changes within 14 days:

- Address
- Household Members
- Property
- Income
- Application for/or receipt of SSI, TANF, or Medicaid/

I have been told and understand that my failure to meet the obligations set forth may be considered intentional withholding of information and can result in the recovery of any loss by repayment or by filing civil criminal charges against me.

If a change occurs that makes you ineligible and you fail to report the change as required, you may be held responsible for payment of any health care services you receive after you become ineligible and/or you may be subject to prosecution under the Texas Penal Code.

Applicant Signature/*Firma de Solicitante*

Póliza de Fraude

Yo, _____ atestigo de que las declaraciones que hice en mi solicitud y entrevista, incluyendo mis respuestas a todas las preguntas, son ciertas y correctas al mayor de mi conocimiento y creencia.

Acepto dar información al personal de elegibilidad y al Big Bend Regional Hospital District cualquier información necesaria para probar declaraciones sobre mi elegibilidad.

Estoy de acuerdo en avisar cualquier de los siguientes cambios:

- *Dirección*
- *Los miembros del hogar*
- *Propiedades*
- *Ingresos*
- *Solicitud de SSI, TANF o Medicaid*

He sido informado/a y entiendo que al no cumplir con las obligaciones establecidas será considerado retención de información intencional y puede resultar en la recuperación de cualquier pérdida mediante pago o presentando cargos civiles y penales contra mi.

Si ocurre un cambio que lo haga inelegible y usted no reporta el cambio como es requerido, usted puede ser considerado/a responsable de cualquier atención medica resivida después de ser intelígible y puede ser sujeto/a a procesamiento bajo el Código Penal de Texas.

Date/*Fecha*



Formulario de orientación al cliente

Nombre del cliente: _____ # de cliente _____

Me han explicado a fondo y entiendo los servicios del programa cubiertos y mis responsabilidades como cliente. Los temas tratados durante la orientación incluyeron:

- Beneficios y coberturas médicas
- Médicos de Atención Primaria
- Visitas de emergencia y EMS
- Responsabilidades del cliente
- Vacunas
- Prescripción y RX Grant
- Coberturas dentales
- Cuidado de la vista
- Transporte
- Equipo médico duradero

También reconozco que el monto del límite de beneficios es \$30,000.00 por cliente y está disponible cada año fiscal, del 1 de octubre al 30 de septiembre.

Firma del solicitante

Fecha

Presentación dada por

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO

¿Le gustaría mantenerse actualizado con información importante de Big Bend Health?

Nos complace ofrecerle la opción de recibir recordatorios por mensaje de texto sobre su cuenta. Este servicio es opcional y seguirá recibiendo avisos por correo independientemente de su elección de optar por recibir mensajes de texto.

Su privacidad y seguridad son nuestras principales prioridades. Antes de continuar, tenga en cuenta que los mensajes de texto no son confidenciales. Cualquier persona que tenga acceso a su teléfono celular puede ver estos mensajes. Además, su proveedor de servicios, así como Big Bend Health, pueden tener acceso a estos mensajes. Es posible que se apliquen tarifas estándar por mensajes de texto, según su proveedor de servicios.

Sólo le enviaremos mensajes de texto con su consentimiento explícito. Al aceptar este acuerdo de consentimiento para mensajes de texto, usted autoriza a Big Bend Health a enviarle mensajes de texto sobre citas, renovaciones, otra información sobre su cuenta y avisos sobre eventos/actividades que promovemos. Puede optar por no participar en este servicio en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP a cualquier mensaje. Puede solicitar una copia de nuestros términos de servicio y políticas de privacidad en cualquier momento.

Entiendo que este servicio es opcional y puedo cancelarlo en cualquier momento. Me gustaría recibir mensajes de texto de Big Bend Health.

_____ Sí _____ No

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Firma:

Fecha:

Numero de celular:

Alpine Office
 105 W. Holland Avenue
 P.O. Box 1019
 Alpine, Texas 79831
 (432) 837-7051
 (432) 837-3261-Fax



Presidio Office
 602 W. O'Reilly Street
 P.O. Box 3044
 Presidio, Texas 79845
 (432) 229-2151
 (432) 229-2161-Fax

Date/Fecha _____

I, _____,
Applicant's Name
 authorize

Yo, _____,
Nombre de Solicitante
 autorizo

Name of Bank or Credit Union
 to forward the requested bank statements to
Big Bend Regional Hospital District, for the
 purpose of determining my eligibility for
 programs of Big Bend Health.

Nombre del banco
 para enviar los extractos bancarios solicitados
 a **Big Bend Regional Hospital District**, a los
 fines de determinar mi elegibilidad para
 programas de Big Bend Health.

Bank statements for the following months are requested for the following bank accounts:

Account Number/Numero de Cuenta	Month/Year	Month/Year	Month/Year
Checking #			
Saving #			
Other #			

 Applicant Signature / Firma de Solicitantes

 Date / Fecha