



**FOR OFFICE USE ONLY**  
 Initials \_\_\_\_\_  
 Reason \_\_\_\_\_

**POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVA**

**Physicians CareConnection**

**La Forma de la Matricula del Cliente**

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
 (Apellido/s) (Nombre) (Segundo Nombre)

**Fecha de Nacimiento:** (mes/día/año) \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino  Transgénero M-F  Transgénero F-M

**Orientación sexual:**  Heterosexual  Lesbiana  Bisexual  Homosexual  No estoy seguro  Otro \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Casado/a  Divorciado/a  Soltero/a  Viudo/a **Número de seguro social (opcional)** \_\_\_\_\_

¿Si está casado, su esposo/a vive con usted en la casa?  Sí  No

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Apto/Lote #:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_ **¿Condado:** ¿En qué condado vive usted?  Franklin  Otra \_\_\_\_\_

*Yo autorizo que Physicians CareConnection me mande mensajes de texto, voz, y correos electrónicos. Esto incluye (pero no está limitado a) recordatorios relacionados con mi tratamiento o cuidado e información de salud.*  Si  No

**Número de teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono celular:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**¿Estado migratorio?**  Ciudadano americano  Residente permanente  Visitante  Estudiante con visa

**Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_  
 (Nombre) (Relación) (Teléfono)

**Empleo: Employment:** (Por favor seleccione uno solo)

- Tiempo Completo (FT)  Medio tiempo (PT)  Desempleado (unemp)  Discapacitado(disabled)  
 Auto empleado (self)  Retirado (Retired)  Estudiante (student)  Temporal (TEMP)  Visitante (Visiting)

**Lugar de empleo:** \_\_\_\_\_ **Fuente de ingresos si no tiene empleo:** \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  Hispano/Latino  Non-Hispano/Latino

**Raza: (Escoger una por favor)**

<input type="checkbox"/> Africano/a	<input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a
<input type="checkbox"/> Afro-americano/a	<input type="checkbox"/> Japonés/a coreano/a
<input type="checkbox"/> Afro-somalí	<input type="checkbox"/> Nativo/a de Alaska
<input type="checkbox"/> Indígena de las américas	<input type="checkbox"/> Indígena hawaiano/a
<input type="checkbox"/> Asiático/a	<input type="checkbox"/> Ruso/a
<input type="checkbox"/> Indígena asiático/a	<input type="checkbox"/> Samoano/a
<input type="checkbox"/> Caucásico/a	<input type="checkbox"/> Español/a
<input type="checkbox"/> Chino/a	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Filipino/a	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Guayanés/ comoros	

**¿Necesita intérprete?**  Si  No

**Transportación:**  Tiene transporte  Necesito un pase de autobús  Necesito una tarjeta para gasolina  De vez en cuando necesito transporte  Ninguno

**Por favor conteste a todas las preguntas marcando un [ x ] en la caja al lado de la respuesta correcta. Las preguntas no contestadas pueden retrasar su proceso de matriculación del programa.**

- 1 ¿Usted tiene seguro médico?  Sí  No  
Si usted tiene seguro médico, cual es:  
 Medicaid  Medicare  Beneficios de Veterano  Seguro Médico Privado
- 2 ¿Usted es veterano?  Sí  No
- 3 ¿Esta lesión está relacionada con su trabajo o tiene usted un caso de compensación de trabajadores (workers compensation)?  Sí  No
- 4 ¿Hay una demanda o está pensando en presentar una demanda legal por lesión o enfermedad?  Sí  No
- 5 ¿Es usted un padre/madre o tutor legal de niños menos de 18 años que viven con usted?  Sí  No  
¿Si contesta sí, cuantos? \_\_\_\_\_
- 6 SOLO MUJERES: ¿Está usted embarazada?  sí  no
- 7 ¿Usted tiene problemas con la vista?  sí  no
- 8 ¿Si usted tiene diabetes o alta presión, ha pasado más de un año desde de su última revisión de la vista?  Sí  No
- 9 ¿En su familia, cuál es su ingreso bruto mensual? \$ \_\_\_\_\_/mes  
(a) Por favor identifique su fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

**La familia lo incluye a usted, su conyugue y los niños. Su Ingreso incluye cualquier dinero que ganaron las personas de su familia en cualquier lugar tal y como su sueldo, empleo por sí mismo, Seguro Social (SSI), Seguro Social Suplementar (SSDI), estampillas de alimentos, pensión de veteranos, compensación de trabajadores, manutención de conyugue o manutención de menores. Mire la información abajo para ver si usted cualifica por su ingreso.**

**\*\* Si usted ha solicitado o aplicado para Mercado de Seguros Médicos, Medicaid, beneficios veteranos o Medicare y se lo negaron, por favor envíenos una copia de la carta de denegación junto con esta aplicación.**

- 10 ¿En los últimos 12 meses, cuantas veces ha sido usted un paciente en la sala de emergencia de un hospital? \_\_\_\_\_
- 11 ¿En los últimos 12 meses, ha tenido usted un lugar o una persona que usted considera como su doctor personal o proveedor de servicios de salud?  sí  no Si contestó sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_
- 12 ¿En los últimos 12 meses, que difícil ha sido conseguir los servicios de salud que usted ha necesitado?  
 Muy difícil  Un poco difícil  Un poco fácil  Bien fácil  No necesité servicios en los últimos 12 meses
- 13 ¿En general, como ha estado su salud en las últimas 4 semanas?  
 Excelente  Muy Buena  Buena  Regular  Pobre  Muy Pobre
14. Durante **las 4 semanas pasadas**, ¿cuánto lo limitaron a usted sus problemas físicos a hacer sus actividades físicas usuales, (tal y como caminar y subir escaleras)?  
 Nada  Muy poco  Un poco  Bastante  No pude hacer actividades físicas
15. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánta dificultad tuvo usted en hacer sus tareas diarias en la casa y fuera de la casa debido a su salud?  
 Ninguna  Un poquito  Alguna  Bastante  No pude hacer mis tareas diarias
16. ¿Qué cantidad de dolor en el cuerpo ha tenido usted durante las **últimas 4 semanas**?

Ninguno    Muy poquito    Un poco    Moderado    Severo    Muy Severo

17. ¿Durante las **últimas 4 semanas**, cuánta energía tenía usted?

Muchísima    Bastante    Alguna    Un poquito    Ninguna

18. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto su salud física o sus problemas emocionales limitaron sus actividades sociales usuales con su familia y sus amigos?

Nada    Muy poco    Un poco    Bastante    Extremadamente

19. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto le han molestado los problemas emocionales (tal y como sentirse ansioso, deprimido o irritable)?

Nada    Un poco    Moderadamente    Bastante    Extremadamente

20. Durante las **últimas 4 semanas**, ¿cuánto sus problemas personales o emocionales evitaron que usted hiciera su trabajo usual, pudiera ir a la escuela o hiciera sus otras actividades diarias?

Nada    Muy poco    Un poco    Bastante    No pude hacer actividades diarias

21. **Comparado con un año atrás**, cómo encuentra su salud en general ahora?

- Mucho mejor que un año atrás
- Un poco mejor ahora que un año atrás
- Igual que un año atrás
- Un poco peor ahora que un año atrás
- Mucho peor ahora que un año atrás

22. ¿Cómo supo usted sobre la Red de Atención Voluntaria? \_\_\_\_\_

23. **Nivel de Educación: (Por favor, seleccione el nivel de educación alcanzado)**

- Colegio (college)    Escuela preparatoria (HS)    Escuela primaria (elementary)    Escuela vocacional (tech)
- Escuela secundaria (JR High)    Niño (Todavía no está en la escuela) (child not in school)
- Ningún nivel de educación alcanzado (no education)

24. **Esta actualmente en la escuela o en un entrenamiento profesional?**  Yes    No

**En caso afirmativo, qué tipo de programas de educación o entrenamiento profesional está completando?**

- Graduado de tiempo completo    Preparatoria    Secundaria (6-9)    Pregrado de tiempo parcial
- Graduado de tiempo parcial    GED    Continuación de educación    Pregrado de tiempo completo
- Escuela técnica    Colegio menor    Postgrado    Otro \_\_\_\_\_

25. Esta usted interesado en obtener su GED?  Si    No

26. **Vivienda: Housing :**

- Casa propia (own)    Alquila (rent)    Vive con amigos/familia (friends/family)    Refugio (temp. shelter)    Sin hogar (homeless)

27. Siente que su hogar es seguro para todos los que viven allí?  Si    No   Si es que no, porque?

- Razones ambientales    Superpoblado    Problemas estructurales    Mascotas    Otro \_\_\_\_\_

Por favor marque la casilla 'Sí' o 'No' para CADA pregunta. Marque las casillas dentro de cada pregunta si es aplicable.

Si	No	Pregunta																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesita ayuda con el cuidado de niños?																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas para proveer? <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Ropa <input type="checkbox"/> Utilidades <input type="checkbox"/> Otro _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas legales que necesitan ser resueltos? <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Colecciones <input type="checkbox"/> Criminal <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Propietario e inquilino <input type="checkbox"/> Infracciones de tráfico <input type="checkbox"/> Otro _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha estado usted en la cárcel o la prisión? Si contesto que sí, fue mediante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta actualmente bajo libertad condicional? Nombre de agente de libertad condicional _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha estado involucrado con los servicios de protección de niños/adultos? Si contesto que si, tiene un caso activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No      Nombre del trabajador del caso: _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta usted recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido una crisis familiar en el año pasado? En caso afirmativo, ¿cuál fue la crisis? <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Enfermedad mayor física <input type="checkbox"/> Enfermedad mayor de salud mental <input type="checkbox"/> Accidente Grave <input type="checkbox"/> Prisión/Cárcel <input type="checkbox"/> Perdida de hogar <input type="checkbox"/> Dificultades financieras <input type="checkbox"/> Perdida de una Relación <input type="checkbox"/> Problema de abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Otro _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necesita un dentista?																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún problema de salud oral? <input type="checkbox"/> Dificultad para comer/masticar <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Sangrado oral <input type="checkbox"/> Salta las comidas debido al dolor <input type="checkbox"/> Problema con dentaduras postizas <input type="checkbox"/> Dientes flojos <input type="checkbox"/> No tiene dientes <input type="checkbox"/> Otro _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha perdido alguna cita médica programada en los últimos 12 meses?																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sido internado en el hospital en los últimos 12 meses? Si contesto que si, donde y cuando? _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnosticado con una condición de salud mental? <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Esquizofrenia																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alergias? (a alimentos, medicamentos, medio ambiente) Tipo de reaccion (es): _____																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MEDICAMENTOS:</b> Favor de hacer una lista de los medicamentos que está tomando ahora (por razones de su estado físico y/o por razones emocionales) o que ha tomado durante el mes pasado (30 días). Favor de incluir las pastillas o medicamentos que se pueden comprar con o/y sin receta.																																			
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</th> <th>DOSIS</th> <th>DOCTOR/CLINICA QUE DIO LA RECETA</th> <th>POR CUANTO TIEMPO A TOMADO EL MEDICAMENTO</th> <th>MEDICAMENTO CON O SIN RECETA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	DOCTOR/CLINICA QUE DIO LA RECETA	POR CUANTO TIEMPO A TOMADO EL MEDICAMENTO	MEDICAMENTO CON O SIN RECETA	1					2					3					4					5					6				
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	DOCTOR/CLINICA QUE DIO LA RECETA	POR CUANTO TIEMPO A TOMADO EL MEDICAMENTO	MEDICAMENTO CON O SIN RECETA																																	
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido la vacuna contra la gripe?																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Historial Medica:</b> Medical History (Patient History/Historial del paciente) (Por favor marque alguna de las condiciones mencionados abajo en caso de haber sido diagnosticado con una de ellas.) <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal <input type="checkbox"/> Gota/acido urico elevado <input type="checkbox"/> Migrañas <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Depresion/Ansiedad <input type="checkbox"/> Colesterol elevado <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Presion arterial elevada <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Asma/COPD <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> Enfermedad de las tiroides <input type="checkbox"/> Desorden sanguineo (blood disorder) <input type="checkbox"/> Enfermedad de la vision <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Desordenes del sistema Neurológico (Esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, etc.) <input type="checkbox"/> Reflujo gastrico <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____ <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca (tipo) _____																																			

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Uso de productos que contengan tabaco:</b> Use of Tobacco (Patient History/Medical History/Social History): (Historia del paciente/historial médico/historia social): <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Rara Vez <input type="checkbox"/> Elevado <input type="checkbox"/> Dejo de fumar fecha ___/___/___ Años _____ Paquetes por día: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Uso de Alcohol (Historia social):</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Rara la vez <input type="checkbox"/> Fuerte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Uso de drogas (Historia social):</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Rara la vez <input type="checkbox"/> Fuerte Substancia(s): _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay un arma en el hogar? Si es que si, el arma esta con seguro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y INTERCAMBIOS DE INFORMACIÓN DE SALUD**

Yo, por medio de la presente, doy consentimiento para el diagnóstico provisional, cuidado y/o tratamiento dado por la Asociación Médica de

Columbus Physicians Free Clinic, y yo reconozco que tal consentimiento permanecerá en efecto, tan solo y cuando yo cancele consentimiento por escrito.

Yo, por medio de la presente, reconozco y confirmo que tengo la capacidad mental de dar consentimiento para el diagnóstico provisional, cuidado y/o tratamiento, y no he sido sujeto de amenaza ni influenciado indebidamente.

Yo, por medio de la presente, reconozco que bajo el Código Revisado de Ohio Artículo 2305.234, sujeto a algunas excepciones, la Asociación Médica de Columbus Physicians Free Clinic, sus profesionales de salud y los trabajadores de salud quienes son voluntarios, no son responsables legalmente de daños por herida, muerte o pérdida de la persona o propiedad que surge presuntamente por acción u omisión de los voluntarios, a no ser que la acción y o misión de la misma se constituya con conducta intencional o maliciosa. Yo entiendo y por medio del presente, reconozco que Physicians Free Clinic me entregara una copia del Código Revisado de Ohio Artículo 2305.234 si yo así lo solicito.

Participamos en uno o más intercambios de información de salud. Sus proveedores de atención médica pueden utilizar esta red electrónica segura para proporcionar acceso a sus registros de salud para una mejor imagen de sus necesidades de salud. Con esta autorización, usted acepta que nosotros y otros proveedores de salud, podrán tener acceso a su información de salud a través del intercambio de información de salud para tratamiento, pago u otras operaciones de atención médicas. Este es un acuerdo voluntario. Usted puede optar en cualquier momento notificando a los médicos de CareConnection o Isi Ikharebha.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente o la Persona Autorizada Para Consentir\***

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o La Persona Autorizada para consentir\***

\_\_\_\_\_  
**Relación, Si No Es El Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*\*Si este consentimiento lo firma alguien que no sea el paciente, debe ser firmado en la presencia del paciente..*

#### **FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA USO Y DIVULGACION DE INFORMACION**

Por la presente solicito y autorizo el uso y divulgación de cualquier y toda la información obtenida a través de Physicians CareConnection (que incluye, entre otros, información médica protegida y registros de abuso de sustancias (incluido el abuso de alcohol / drogas), salud / enfermedad mental e información relacionada con el VIH (incluida Pruebas de SIDA) al Central Ohio HUB (y su red de agencias de coordinación de atención y proveedores de atención médica, incluidos Healthcare Collaborative de Greater Columbus, Hospital Council of Northwest Ohio, el Departamento de Salud de Ohio y Planes de Atención Administrada de Medicaid (CareSource, Molina, United Healthcare Community Plan, Paramount y Buckeye), OSU Wexner Medical Center, CompDrug y el programa Healthy Beginnings at Home (HBAH), que incluye Celebrate One, Columbus Metropolitan Housing Authority, Homeless Families Foundation y el programa SMRT Columbus Rides for Pregnant Mothers. La información puede ser comunicada por escrito y verbalmente.

Entiendo que la divulgación de esta información de salud protegida con las entidades nombradas en este formulario es para ayudar a mi equipo de atención a compartir información general sobre las necesidades de mi familia y los servicios que utilizo en respecto a mi plan de atención.

Entiendo que el equipo de atención solo divulgará la información que sea necesaria para proporcionarme una coordinación integral de atención. Esta información se recopilará y almacenará en las bases de datos de las entidades mencionadas anteriormente.

Esta autorización caducará 2 años desde la fecha de mi firma a continuación. Entiendo que puedo acortar, extender, o revocar esta autorización en cualquier momento al notificar:

Physicians CareConnection  
Attn: Privacy Officer  
1390 Dublin Road  
Columbus, Ohio 43215

Esta autorización y solicitud se entiende completamente y se hace voluntariamente de mi parte. Entiendo que la información divulgada en relación con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la información. Libero a Physicians CareConnection, sus empleados, agentes, y representantes de cualquier responsabilidad legal que pueda surgir de la divulgación de información.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente o la Persona Autorizada Para Consentir\***

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o La Persona Autorizada para consentir\***

\_\_\_\_\_  
**Relación, Si No Es El Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*\*Si este consentimiento lo firma alguien que no sea el paciente, debe ser firmado en la presencia del paciente..*

# Consentimiento del Cliente

## Descripción del Programa

HealthColumbus están proveyendo sus servicios para ayudarle a conseguir buena salud y mantenerla. Voluntary Care Network le ayudará establecer un hogar médico. Un hogar médico es un lugar en donde usted recibe asistencia médica continua. La mayoría de los servicios se ofrecen a ningún costo así a usted y algunos servicios serán proporcionados basados en su ingreso.

## General

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. No hacer citas con cualquier médico, clínica, u hospital con excepción a los cuales le han referido
2. Siga su plan de tratamiento, por ejemplo: reciba las medicinas recetadas y tomarlas según lo dirigido
3. Provea puntualmente cualquier información necesaria para el programa
4. Permitirá que toda la información con respecto a su participación en este programa sea compartida con otros individuos, organizaciones y agencias solamente por la discreción de Voluntary Care Network
5. Mantenga contacto inmediato con Voluntary Care Network si su ingreso cambia o si usted es cubierto por Medicare, Medicaid, seguro privado, u otro seguro médico o beneficios médicos
6. Aplicara para el Medicaid u otros programas de asistencia a petición de Voluntary Care Network
7. Tendrá contacto inmediato con Voluntary Care Network con cualquier cambio en su dirección o número de teléfono
8. Todos los niños menos de 18 años de edad deben ser acompañados por su padre, madre o guardián a todas las citas

## Citas

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. Mantener cada cita médica (Si usted falta dos citas sin avisar a Voluntary Care Network por lo menos 24 horas antes de su cita, usted podría ser excluido del programa)
2. Llenar todas las formas que le dan en sus citas médicas
3. Llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) si usted necesita ir al hospital por unos servicios
4. Presentar su tarjeta de identificación de Voluntary Care Network cada vez que va a ver a un médico o a un proveedor de salud
5. Llamar al Voluntary Care Network para hacer citas médicas
6. Llamar al Voluntary Care Network si su médico primario o proveedor de salud quisiera hacer otras citas para usted

## Asistencia de Cuentas Médicas

Usted entiende que:

- Es muy importante mandar cualquier cuenta médica que usted recibe a Voluntary Care Network para que nosotros podemos resolverlas rápidamente
- Es muy importante llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) cuando usted está recibiendo servicios en un hospital

## Asistencia de Medicación

Usted entiende que:

- Es muy importante que usted obtenga y tome su medicamento como le sea indicado
- VCN le asistirá en obtener de sus medicaciones con un co-pago nominal **por medicinas aprobadas solamente**

## Asistencia de Transportación

- VCN le asistirá a conseguir servicios de transportación cuando es necesario
- Los servicios del transporte deben ser utilizados para las citas relacionadas solamente con VCN
- El abuso de los servicios de transportación puede resultar en la pérdida de privilegios del transporte

Para asegurarse de que Voluntary Care Network pueda darle el mejor cuidado, hay reglas que usted necesita saber. **Voluntary Care Network no cubre los costos de la sala de emergencia**, la ambulancia o los servicios de provisiones medicales. Por favor, darse cuenta que VCN no es un programa del gobierno, o un "derecho". Sus responsabilidades en este programa, la asistencia disponible u otras condiciones del programa pueden cambiar en cualquier momento. Reservamos el derecho de revisar lo que usted nos ha dicho y exigir que pague cualquier asistencia que pudo haber recibido basado en la información inexacta que usted proveyó. Nuestra asistencia puede terminar en cualquier momento, por cualquier razón.

## Si firma aquí, usted confirma que entiende y está de acuerdo con las condiciones mencionadas arriba

Firma del Miembro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas llame:

Voluntary Care Network al 614-884-2441

**POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVA A: Physicians CareConnection, 1390 Dublin Rd. Columbus, Oh 43215**







## Consentimiento del Cliente

### Descripción del Programa

Voluntary Care Network (VCN) están proveyendo sus servicios para ayudarle a conseguir buena salud y mantenerla. VCN le ayudará establecer un hogar médico. Un hogar médico es un lugar en donde usted recibe asistencia médica continua. La mayoría de los servicios se ofrecen a ningún costo así a usted y algunos servicios serán proporcionados basados en su ingreso.

### General

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. No hacer citas con cualquier médico, clínica, u hospital con excepción de los que le han referido
2. Siga su plan de tratamiento, por ejemplo: reciba las medicinas recetadas y tómenlas según lo dirigido
3. Provea puntualmente cualquier información necesaria para el programa
4. Permitirá que toda la información con respecto a su participación en este programa sea compartida con otros individuos, organizaciones y agencias solamente por la discreción de Voluntary Care Network
5. Tendrá contacto inmediato con Voluntary Care Network si su ingreso cambia o si usted es cubierto por Medicare, Medicaid, seguro privado, u otro seguro médico o beneficios médicos
6. Aplicara para el Medicaid u otros programas de asistencia a petición de Voluntary Care Network
7. Tendrá contacto inmediato con Voluntary Care Network con cualquier cambio en su dirección o número de teléfono
8. Todos los niños menos de 18 años de edad deben ser acompañados por su padre, madre o guardián a todas las citas

### Citas

Usted va a estar de acuerdo con lo siguiente:

1. Mantener cada cita médica (Si usted falta dos citas sin avisar a Voluntary Care Network por lo menos 24 horas antes de su cita, usted podría ser excluido del programa)
2. Llenar todas las formas que le dan en sus citas médicas
3. Llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) si usted necesita ir al hospital por unos servicios
4. Presentar su tarjeta de identificación de Voluntary Care Network cada vez que va a ver a un médico o a un proveedor de salud
5. Llamar al Voluntary Care Network para hacer citas médicas
6. Llamar al Voluntary Care Network si su médico primario o proveedor de salud quisiera hacer otras citas para usted

### Asistencia de Cuentas Médicas

Usted entiende que:

- Es muy importante mandar cualquier cuenta médica que usted recibe a Voluntary Care Network para que nosotros podemos resolverlas rápidamente
- Es muy importante llenar las formas del Programa de cuidado de Salud Garantizado(HCAP) cuando usted está recibiendo servicios en un hospital

### Asistencia de Medicación

Usted entiende que:

- Es muy importante que usted obtenga y tome su medicamento como le sea indicado
- VCN le asistirá en la obtención de sus medicaciones para un co-pago nominal **por medicinas aprobadas solamente**

### Asistencia de Transportación

- VCN le asistirá a conseguir servicios de transportación cuando es necesario
- Los servicios del transporte deben ser utilizados para las citas relacionadas solamente con VCN
- El abuso de los servicios de transportación puede resultar en la pérdida de privilegios del transporte

Para asegurarse de que Voluntary Care Network pueda darle el mejor cuidado, hay reglas que usted necesita saber **Voluntary Care Network no cubre los costos de la sala de emergencia**, la ambulancia o los servicios de provisiones medicales. Por favor, darse cuenta que VCN no es un programa del gobierno o un "derecho". Sus responsabilidades en este programa, la asistencia disponible u otras condiciones del programa pueden cambiar en cualquier momento. Reservamos el derecho de revisar lo que usted nos ha dicho y exigir que pague cualquier asistencia que pudo haber recibido basado en la información inexacta que usted proveyó. Nuestra asistencia puede terminar en cualquier momento, por cualquier razón.

Si tiene preguntas llame:

Voluntary Care Network al 614-884-2441

## PHYSICIANS CARECONNECTION

### NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS PRIVADAS

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENERLA, POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE

Esta Notificación menciona las maneras en que Voluntary Care Network, Inc ("VCN") puede utilizar y revelar su información médica También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y al acceso de su información médica

VCN está requerido por la ley de mantener la privacidad de su información de salud, para darle y notificarle de nuestras prácticas privadas en respecto a su información médica, y seguir con los términos de esta Notificación Esta Notificación se aplica a todos los archivos de su cuidado generado y mantenido por VCN VCN compartirá su información médica internamente para llevar a cabo su tratamiento, y obtener o proveer el pago para los servicios proporcionados que usted utilizó o para la función de VCN

#### **CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA:**

Las categorías siguientes describen distintas maneras que VCN pueda utilizar y revelar su información médica, Por lo tanto, estos son ejemplos, y no todos que son permitido y revelados son mencionados

**Para Tratamientos** VCN puede utilizar su información médica y registrarle en la Red de VCN para proveer tratamiento médico o servicios Podemos revelar su información médica a los doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y otros aprendices, u otro personal de VCN que está envuelto en su cuidado Diferentes personas de VCN pueden compartir su información médica para hacer citas y coordinar los distintos servicios que usted necesita, por ejemplo, recetas, trabajo del laboratorio y radiografías Podemos también revelar su información médica a gentes fuera de VCN que pueden estar envuelto en su asistencia médica, como médicos envueltos en su cuidado, miembros de la familia, clero u otras entidades relacionadas con su cuidado médico, como hospitales o facilidades de enfermerías con los cuales usted recibirá tratamiento

**Para Pagos** Cuando es aplicable, VCN puede utilizar y revelar su información médica para pagar por el tratamiento y los servicios que usted recibe por VCN Por ejemplo, podemos revelar su información médica a otros proveedores de servicios médicos, como farmacias, para que puedan mandar la cuenta a VCN y pagar los servicios médicos que le proveyeron

**Para Operaciones del Cuidado de Salud** VCN puede utilizar y revelar su información médica en el curso de nuestras operaciones de su cuidado de salud Estos usos y revelaciones son necesarios en la función de VCN para asegurar que los individuos registrados en la Red de VCN reciban una buena calidad de cuidado salud Por ejemplo, podemos utilizar la información médica para revisar el tratamiento y los servicios proveídos, y para evaluar el funcionamiento de los médicos que están envueltos en su cuidado y participan en la Red Podemos también revelar la información médica a los doctores, las enfermeras, los técnicos, los estudiantes médicos y enfermeras, y otro personal de VCN para hacer revisiones del programa y para propósitos de aprendizaje Podemos también proveer la información médica a otros proveedores del cuidado de salud que tengan una relación con usted y que necesitan la información para sus propias operaciones del cuidado de salud

**Recordatorios de la Cita** Podemos utilizar y revelar su información médica para recordarle que usted tiene una cita para un tratamiento o cuidado médico

**Tratamientos Alternativos** Podemos utilizar y revelar su información médica para decirle detalles de la cita o para recomendar opciones posibles para tratamiento o alternativas que pueden ser de interés

**Beneficios y Servicios Relacionados con Su Salud** Podemos utilizar y revelar su información médica para decirle sobre los beneficios o servicios relacionados con su salud que pueden ser de interés

**Individuos Envueltos o Interesados en su Cuidado** Podemos dar su información médica a un amigo o miembro de la familia, en tanto que este envuelto en el tratamiento o pago de su cuidado de salud Podemos también revelar su localización y condición para notificar un miembro de la familia o un representante personal que está envuelto en su cuidado Podemos también revelar su información en un auxilio de víctimas de catástrofe para poder notificar su familia sobre su condición y localización

**Investigaciones** Bajo ciertas circunstancias, podemos utilizar y revelar la información médica sobre usted para los objetivos de la investigación. Todos los proyectos de investigación están sujetos a un proceso especial de aprobación. Este proceso evalúa un proyecto de investigación propuesto y el uso de la información médica, en tratando de balancear las necesidades de la investigación con la necesidad de los individuos a obtener su privacidad en su información médica.

**Requerido por la Ley** Revelamos su información médica cuando está requerido por la ley federal, del estado o local. Por ejemplo, la ley de Ohio nos requiere reportar balazos y puñaladas, así como heridas de quemaduras.

**Para Prevenir Problemas Serios con su Salud y Seguridad** Nosotros podemos usar y revelar su información clínica de su salud cuando es necesario para prevenir algo serio que puede afectar su salud y seguridad o del público o de otra persona.

**Donación de Órgano o Piel** Si usted es un donador de órgano, nosotros podemos dar la información de su salud a la organización que procura el órgano o la trasplantación o para el banco de órgano, como sea necesario para facilitar la donación del órgano o piel y la trasplantación.

**Compensación de Trabajadores** Nosotros podemos revelar la información clínica de usted para la compensación de trabajadores o programas similares que proveen los beneficios para trabajadores en relación a las heridas y enfermedades.

**Actividades de Salud Pública** Nosotros podemos revelar la información clínica para actividades de salud pública como prevenir o controlar las enfermedades, heridas, o discapacidad; reportando nacimientos o muertes; reportando abuso de niños o negligencia; y, reportando reacciones de medicinas o problemas con productos y cumplir con los requisitos del U S Food and Drug Administration (Administración de Medicina y Comida de los Estados Unidos).

**Actividades Supervisadas de Salud** Nosotros podemos revelar la información clínica a una agencia supervisora de actividades de salud que son permitida como auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciaturas o acciones disciplinarias. Estas revelaciones pueden ser necesarias para algunas agencias federales y del estado para controlar el sistema de cuidado de salud, programas del gobierno y cumplimiento de las leyes de los derechos civiles.

**Pleitos y Conflictos** Nosotros podemos revelar la información clínica de usted en repuestas de Órdenes de la Corte, Órdenes Administradora y ciertas citaciones de pruebas.

**Ejecución de Leyes** Nosotros podemos revelar la información clínica a un oficial de ejecución de leyes de una muerte si creemos que fue de un resultado de conducto criminal; sobre conducto criminal en VCN; y, en circunstancias de emergencias, para reportar un crimen, la localización de un crimen o una víctima, o la identificación, descripción o localización de una persona que cometió el crimen.

**Oficial Encargado de Investigar Muertes Sospechosas, Médico de Forense y Directores de Funerarias** Nosotros podemos revelar la información clínica al pesquisidor o al examinador de médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar una persona muerta o para determinar la causa de una muerte. Nosotros también podemos revelar la información clínica de los individuos que están registrados con VCN a los directores de funerarias como es necesario para estos individuos a continuar con sus obligaciones.

**Militar y Veteranos** Si usted es miembro de las fuerzas armadas, nosotros podemos revelar la información clínica a las autoridades militares cuando son autorizadas. También nosotros podemos revelar la información clínica del personal militar extranjero a las apropiadas autoridades extranjeras.

**Seguridad Nacional y Actividades de la Inteligencia** Nosotros podemos revelar su información clínica a las autoridades oficiales federales para la inteligencia y otras actividades de la seguridad nacional que están autorizadas por la ley.

**Servicios Protegedores para el Presidente y Otros** Nosotros podemos revelar la información clínica a los oficiales federales para proveer protección al Presidente, otras personas autorizadas o líderes extranjeros del estado o que conducen investigaciones especiales.

**Presos** Si usted es un preso de una institución correccional o está bajo custodia del oficial de la ejecución de leyes, nosotros podemos revelar la información clínica de usted a la institución correccional o el oficial de la ejecución de leyes.

**OTROS USOS DE SU INFORMACIÓN CLÍNICA:** Otros usos y revelaciones de su información clínica que no son cubierta por esta Notificación o requerida por las leyes que aplican a VCN, será hecho por un permiso escrito (su permiso escrito es referido como una Autorización). Si usted proveer su permiso para el uso o revelar su información clínica, usted puede revocar el permiso escrito en cualquier tiempo. Si usted revoca su permiso, nosotros no vamos a usar o revelar su información clínica por las razones indicadas en la Autorización.

escrita Usted entiende que nosotros no podemos recibir las revelaciones que hicimos anterior ante de recibir su notificación escrita revocando su autorización

**SUS DERECHOS EN REFERENCIA A LA INFORMACIÓN CLÍNICA DE USTED:** Usted tiene los siguientes derechos en referencia a la información clínica que nosotros mantenemos de usted:

**Derechos para Hacer Copias e Inspeccionar** Usted tiene derecho para inspeccionar y obtener copias de su información clínica. Esto incluye su archivo de cuenta y clínica pero no incluye notas de psicoterapia. Si usted pide por una copia de su información, nosotros le podemos cobrar una cantidad para el costo de hacer copias, enviar por el correo u otras provisiones asociados con su repuesta

Para inspeccionar o obtener una copia de su información clínica, usted tiene que someter una repuesta escrita a Voluntary Care Network, Inc, 1390 Dublin Rd, Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial

**Nosotros podemos negar su repuesta en algunas circunstancias** Si usted es negado acceso a su información clínica, usted puede pedir que su repuesta sea revisada Otra persona profesional y licenciada del cuidado de salud será escogida por VCN para revisar su repuesta y negación La persona conduciendo la revisa no será la misma persona que negó la repuesta al principio Nosotros cumplimos con el resultado de la revisa Además, si la repuesta para acceso es negada, VCN proveerá una copia de su información clínica a su practicante que usted designa en su repuesta

**Derecho para Enmendar** Si usted siente que la información clínica que tenemos es incorrecta o incompleta, usted puede pedirnos para enmendar su información Usted tiene derechos para solicitar por una enmienda durante el tiempo que mantenemos la información en VCN

Para pedir por una enmienda de su información clínica, usted tiene que someter una repuesta escrita para enmendar con una razón al Voluntary Care Network Inc., 431 East Broad Street, Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial

Nosotros podemos negar la repuesta para enmendar si no está escrita o no tiene una razón para soportar la repuesta Además nosotros podemos negar su repuesta si la información pide:

- (1) No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo la información no está disponible para enmendar:
- (2) No es parte de la información clínica que está mantenida por o para VCN;
- (3) No es parte de la información que está permitido para inspeccionar y copiar; o
- (4) Es preciso y completo

**Derechos de Contabilidad de las Revelaciones** Usted tiene derechos para solicitar para "Contabilidad de las Revelaciones" Esto es una lista de revelaciones que nosotros hemos hecho de su información clínica Esta lista no va incluir revelaciones que hemos hechos para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud Nosotros no estamos obligados a incluir en esta lista las revelaciones que nosotros hicimos cuando estamos actuando por su Autorización escrita

Para someter una cuenta, usted tiene que someter una repuesta escrita al Voluntary Care Network, Inc, 1390 Dublin Rd, Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial

Su repuesta tiene que decir un período de tiempo que no sea más de (6) años y no incluye las fechas ante de abril 14, 2004 La primera contabilidad que usted pide en repuesta entre un período de (12) meses será gratis Para más contabilidades nosotros le cobramos para el costo de proveer la lista

**Derecho para Requerir Restricciones** Usted tiene el derecho para requerir una restricción o limitación de la información clínica que usamos o revelamos de su tratamiento, pagos, u operaciones de cuidado de salud Usted también tiene el derecho de requerir la restricción o limitar información clínica que revelamos de usted a la persona que está envuelta en su cuidado o pago de su cuidado, como un miembro de su familia o amigo

Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con su repuesta para restricción o limitación Si nosotros estamos de acuerdo, nosotros cumpliremos con su repuesta a menos que la información es necesaria para proveer tratamiento de emergencia

Para requerir una restricción, usted tiene que someter su repuesta escrita al Voluntary Care Network, Inc, 1390 Dublin Rd., Columbus, Ohio 43215, Attention: Privacy Oficial. En su repuesta, usted tiene que decirnos (1) que información usted quiere limitar; (2) como le parezca a limitar nuestro uso, revelar o hacer las dos cosas, y (3) a la persona que usted quiere que los límite apliquen, por ejemplo, revelar la información a su esposo/a

**Derechos para Requerir Comunicación Confidencial** Usted tiene el derecho para pedir que nosotros podamos comunicar con usted sobre asuntos clínicos en una manera o en un lugar. Por ejemplo, usted puede decir que nosotros solamente podemos llamarle en su trabajo

**Nosotros acomodamos todas las repuestas razonables** Su repuesta tiene que ser específica como donde usted quiere ser notificado

**Derechos para una Copia de esta Notificación:** Usted tiene derecho para una copia de esta Notificación. Usted puede pedir por una copia de esta notificación en cualquier tiempo

**CAMBIOS DE ESTA NOTIFICACIÓN:** Nosotros reservamos el derecho de cambiar esta Notificación. Nosotros reservamos el derecho para revisar o cambiar avisos que afectan la información clínica que tenemos de usted, también información que recibiremos en el futuro

**PARA MÁS INFORMACIÓN:** Para más información de estos asuntos cubiertos en esta Notificación, usted puede llamar el Oficial de Privacidad al (614) 884-2441

**QUEJAS:** Si usted cree que sus derechos de privacidad fueron violados, usted puede registrar su queja con VCN y con el Secretary of the US Department of Health and Human Services (Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). Para registrar una queja, usted tiene que someterla escrita al:

Physicians CareConnection  
1390 Dublin Road  
Columbus, Ohio 43215  
Attention: Privacy Oficial

**Usted no será penalizado por registrando una queja**