

<b>5. Persona Aplicando # ___:</b>					
<b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Inicial:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> (Mes/Día/Año)
<b>Seguro Social #:</b>					
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Vive con alguien		<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	<b>Relación:</b> <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Etnicidad:</b>		<b>Raza:</b>			
<b>¿Se considera hispano o latino?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  <input type="checkbox"/> No está disponible esta información/No sabe		<b>¿Cuál de estas categorías describe mayor su raza?</b> <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Raza Mixta <input type="checkbox"/> No Disponible/Desconocido <input type="checkbox"/> Declinar		<b>El lenguaje que prefiero es:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español  <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>Mi estado laboral es: (marque todas las que corresponda)</b> <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiando  <input type="checkbox"/> ¿Discapacitado? Si contesto si, ¿desde cuando? _____		<b>¿Tiene doctor de cabecera?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si-Nombre del doctor _____		<b>Ciudadanía:</b> <input type="checkbox"/> Ciudadano Americano <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Extranjero Temporal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Otro _____	
<b>INFORMACIÓN DE COBERTURA O SEGURO DE SALUD PARA LA PERSONA APLICANDO # ___:</b>					
			<b>Actualmente aplicando</b>		<b>Aplicado(a) pero negado(a)</b>
<b>Seguros</b>			<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>
			<b>Fecha inscritos</b>	<b>No</b>	<b>Fecha denegación</b>
1. Seguro de Salud del Empleador			<input type="checkbox"/> Razon:		
2. Asistencia Médica					
3. Medicare Parte A					
4. Medicare Parte B					
5. Plan de Medicare Advantage					
6. Beneficios de Veterano					
7. Otro seguro privado					
8. Mercado de Seguros					
<b>Cobertura de recetas medicas</b>					
a. SPBP or MH-IDD					
b. PACE/PACENET					
c. Empleador					
d. Medicare Parte D					
e. Mercado de Seguros					
f. Otro					

**HCN Use Only**      Location: \_\_\_\_\_ Central Case Worker: \_\_\_\_\_  
 Approved: \_\_\_\_\_ Denied: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ HCC Effective Date \_\_\_\_\_  
 Discount: \_\_\_ 1A WS 100% - HH 100%-- \_\_\_ 1B WS 100% - HH 75% -- \_\_\_ 1C WS 100% - HH 50%  
 \_\_\_ 2D WS 70% - HH 25% -- \_\_\_ 3E WS 40% - HH 0%

Toda la información de ésta solicitud es confidencial.

### **Autorización del Cliente**

Al completar y entregar esta solicitud, estoy solicitando un descuento en los servicios médicos mediante el "Healthy Community Network". Yo entiendo que:

- **Healthy Care Card no es seguro de salud o cobertura creíble**
- **Mi proveedor de cuidado de salud me esta dando un descuento por mi cuidado**
- Doy permiso al Healthy Community Network de pedir y recibir información sobre el estado de mi solicitud de registro en los programas de:
  - Departamento de Asistencia Pública
  - Programa PACE o PACENET
  - Administración de veteranos
  - Compañías farmacéuticas que ofrecen asistencia para medicamentos
  - Mi empleador
- Entiendo que ésta autorización puede vencer entre seis meses y un año después de la fecha de autorización y se puede cancelar por escrito contactando al Healthy Community Network al 3421 Concord Road York, PA 17402.
- Debo cumplir mis citas médicas. Si no me presento, en dos o más citas, sin dar aviso a mi proveedor de cuidado de salud, puede que mi participación en el programa sea revocada
- *Daré de mi parte para mantener una relación positiva y respetuosa con mi doctor, mi proveedor de cuidado de salud y los empleados de la oficina*
- **Estoy de acuerdo que notificaré a Healthy Care Card- Healthy Community Network si yo, o un miembro de mi familia, podemos solicitar un programa de seguro de salud, o si mi ingreso o el de mi familia aumenta o disminuye. Entiendo que mi membresía en el programa puede terminar si no lleno las solicitudes para otros programas de cobertura de seguro que pueda recibir, incluyendo, la Asistencia Medica y el Medicare, si así es el caso.**
- También otorgo consentimiento de compartir mi información de salud personal con miembros del "Healthy Community Network", siempre que la información sea usada en mi tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Por ejemplo, información de cualquier enfermedad crónica, como la diabetes y enfermedad del corazón, pueden ser usadas por el grupo de cuidado médico para ayudarme mejor.
- Doy permiso para permitirle a las compañías farmacéuticas o la persona que ellos designen a revisar mi información para auditorías en caso de que reciba medicamentos a través de sus programas de asistencia para los pacientes.

***Certifico que la información que está arriba revela todo mi ingreso, gastos y dirección completos. Certifico que la información de arriba es verdadera bajo el mejor de mi conocimiento y que no estoy intentando cometer fraude. Entiendo que mi membresía en el Healthy Care Card puede ser terminada si encuentran que la información es falsa.***

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_

***La solicitud debe estar firmada para ser procesada***

Después de que envíe su solicitud, será revisada. Si es aprobada, recibirá una tarjeta plástica en el correo, si no es aprobada, recibirá una notificación por correo.

# HealthyCare Card

## HISTORIAL MÉDICO

(Evaluación médica de admisión)

Fecha de hoy (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

Seguro Social # \_\_\_\_\_

Teléfono del Paciente # \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un médico de cabecera?  Sí Nombre del doctor (o de la clínica) \_\_\_\_\_  
 No

¿Quién lo refirió al HCN?: \_\_\_\_\_ Persona que llena este formulario: \_\_\_\_\_

Yo vivo con \_\_\_\_\_

### Tiene usted:

¿Diabetes?  Sí  No  
¿Paro cardíaco?  Sí  No  
¿Asma?  Sí  No  
¿Un problema del corazón o de la circulación?  Sí  No  
COPD/Enfisema o bronquitis crónica  Sí  No  
¿Embolia Cerebral (conocido  
en inglés como *stroke*)?  Sí  No  
¿Enfermedad cardíaca?  Sí  No  
¿Cáncer?  Sí  No  
¿Hipertensión?  Sí  No

### Tiene algún miembro de la familia que sufra de:

¿Diabetes?  Sí  No  
¿Paro cardíaco?  Sí  No  
¿Asma?  Sí  No  
¿Un problema del corazón o de la circulación?  Sí  No  
COPD/Enfisema o bronquitis crónica  Sí  No  
¿Embolia Cerebral (conocido  
en inglés como *stroke*)?  Sí  No  
¿Enfermedad cardíaca?  Sí  No  
¿Cáncer?  Sí  No  
¿Hipertensión?  Sí  No

**PESO:** \_\_\_\_\_

**ALTURA:** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

**CONDICIONES MEDICAS** (Si no tiene, escriba "ninguna")

**CIRUGIAS QUE HAYA TENIDO** (Si no tiene, escriba "ninguna")

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

### **HOSPITALIZACIONES en los pasados 5 años:**

(Si no tiene hospitalizaciones, escriba "ninguna")

Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

**FUMA:**  Sí  No

Cantidad diaria \_\_\_\_\_

**USO DE ALCOHOL:**  Sí  No

Cantidad diaria \_\_\_\_\_