



COMPROMISO DEL PACIENTE

Yo entiendo y estoy de acuerdo que:

- El Proyecto Access del Condado Pierce no es un Seguro Médico.
- Yo continuaré pagando por mis citas en cualquier clínica del Community Health Care o Sea Mar
- Mi elegibilidad es por un período de 6 meses. Si un médico de PCPA lo solicita, se podrá otorgar una extensión.
- Yo deberé:
 - Mantener cada cita con el médico asignado. Si falto a una cita sin cancelar por lo menos con dos días de anticipación, no se me podrá reprogramar la cita y ya no seré elegible para los servicios por medio de PCPA.
 - Presentar mi tarjeta de inscripción de PCPA cada vez que vea a un médico u otro proveedor de salud por medio de PCPA.
 - Seguir mi plan médico de PCPA y los consejos de mis proveedores médicos de PCPA.
 - Proporcionar rápidamente información al Personal del Programa PCPA cuando se me pida.
 - Notificar a PCPA inmediatamente si mi dirección o número de teléfono cambian.
- PCPA no pagará por medicamentos.
- Todo el cuidado que yo necesito podrá no estar disponible por medio de PCPA. El PCPA es un programa para pacientes externos y no de sala de emergencias. Visitas a la sala de emergencia, o viajes de ambulancia no serán cubiertas por este programa.
- PCPA no paga cuentas médicas previas.
- Si empiezo a recibir Medicaid, Medicare u otro plan de seguro de salud, yo informaré a PCPA.
- Si mi ingreso o tamaño de familia varia, yo podría ser elegible para un seguro del Estado u otro Seguro, por cual yo no soy elegible en este momento. Yo voy a buscar cobertura a través de un seguro por el cual si pueda ser elegible e informaré a PCPA.
- Yo seré dado de baja del programa si se encuentra que intencionalmente he tergiversado la información proporcionada sobre las finanzas y/o inscripción en programas de asistencia médica.

Yo prometo que:

- Vivo en el Condado de Pierce.
- Que la información dada en esta solicitud es precisa y completa a mi mejor saber.

Al firmar abajo, yo confirmo que entiendo y estoy de acuerdo con la información mencionada arriba.

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO: Al firmar esta forma, yo le doy permiso al Proyecto Access del Condado Pierce a compartir mi información médica cual sea necesaria con y por PCPA en el diagnostico y tratamiento de mis problemas de salud. Yo entiendo que mi información de salud y la información de cualquier cuidado y servicios, incluyendo costos, serán proveídas a PCPA. PCPA usara esta información en el agregado y propósitos de reconocimiento, entre otras cosas.

Firma del Paciente _____

Fecha _____

Su aplicación de inscripción no será procesada sin los documentos requeridos. Por favor incluya y adjunte en la Aplicación de Inscripción del Paciente y todos los documentos requeridos y envíelos por medio de fax o correo. Por favor permita una semana para su procesamiento.

Por favor enviar los documentos a:
Pierce County Project Access
223 Tacoma Ave. S
Tacoma, WA 98402



SOLICITUD DE REGISTRO DEL PACIENTE

Médico de Cabecera:		Razón para Referimiento:			
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido del Paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Calle					Fecha de Nacimiento:
# de Apt.		Ciudad		Código Postal	
					¿Cuánto tiempo vive en esta dirección?
Correo Electrónico:					¿Cuanto tiempo vive en el Condado Pierce ?
Mejor número de teléfono y horas para conseguirlo:		¿Número de teléfono alternativo: Texto ok ?		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)	
Raza/Etnicidad:	Idioma preferido para comunicarse:		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Tiene transporte confiable?
		Por favor provea nombre y numero de teléfono de la persona de contacto que hable ingles:			
INFORMACION DEL HOGAR Y EMPLEO					
¿Nombre del Empleador (si trabaja)?		<input type="checkbox"/> Desempleado		¿Recibe estampillas de comida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
¿Ingreso mensual del Hogar? \$ _____		¿Cuantas personas en su hogar (de las que eres responsable por matrimonio, nacimiento o adopción) se mantienen con el ingreso mensual del hogar? _____ Personas (incluyéndose a usted)			
Por favor marque cada una de las casillas en las que aplica de cómo recibe ingresos y presentar la documentación					
<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Lotería <input type="checkbox"/> Empleo propio <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Manutención del Cónyuge <input type="checkbox"/> Pensión/Jubilación <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Acuerdo de Litigio <input type="checkbox"/> Beneficios de VA <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Si no hay ingreso, por favor marque todo lo que corresponda a como cubre sus necesidades básicas tal como alimento, vestido, vivienda, servicios, etc.:					
<input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Viviendo con familiares/Amigos <input type="checkbox"/> Propietario casa <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/> Préstamos pequeños de la familia/Amigos <input type="checkbox"/> Viviendo en un Albergue <input type="checkbox"/> Otro: _____					
¿Es usted propietario de una casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Saldo combinado de cuenta corriente y cuenta de ahorros? \$ _____			
¿Hay alguna otra información sobre su actual situación financiera que le gustaría que PCPA supiera?					
INFORMACION DE SALUD Y SEGURO					
¿La atención médica que necesita es debido a una lesión en el trabajo?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿La atención médica que necesita es debido a un accidente automovilístico o lesión causada por otra persona?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si contesto "Si", por favor explique _____					
¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____					
¿Tiene algunas de las siguientes? (Haga un circulo)					
Insuficiencia Cardíaca congestiva		Enfermedad Cardíaca		Accidente Cerebro vascular	
Hipertensión		Cáncer		Depresión	
Diabetes		VIH/SIDA		Enfermedad Cardiovascular	
Asma		Anemia		Trastorno de la Tiroides	
Abuso de sustancias: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Historial <input type="checkbox"/> N/A		¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene algunas de las siguientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si contesto "Si" a alguna de estas, por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro medico					
<input type="checkbox"/> Seguro Comercial		<input type="checkbox"/> DSHS		<input type="checkbox"/> Seguro de Plan Básico	
<input type="checkbox"/> COBRA		<input type="checkbox"/> TriCare			
¿Ha aplicado por Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si contesto "Si", apunte la fecha de la solicitud _____ Denegada ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SU APLICACION

AL PACIENTE: POR FAVOR LEA LA INFORMACION QUE SE ENCUENTRA DEBAJO Y PROVEA LA DOCUMENTACION CON SU APLICACION.

PRUEBA DE RESIDENCIA

Para ser elegible por este Programa Usted deberá haber vivido en el Condado de Pierce por al menos 3 meses. Nosotros no aceptamos Licencia de manejar como prueba de residencia.

a. Documentos aceptados para verificación de residencia (provea un documento de esta lista)

- Facturas de Servicios (agua, gas, teléfono, etc.) que contenga su nombre con tres meses de antigüedad previo a la remisión;
- Copia de la Carta de Asistencia de Comida donde la dirección coincida con la provista en la aplicación;
- Contrato de renta con su nombre y dirección y fechas incluidas.

PRUEBA DE SITUACION FINANCIERA

Para ser elegible para este Programa, usted deberá encontrarse por debajo del 200 % del Nivel Federal de Pobreza. Por favor provea una copia de uno de los siguientes documentos:

b. Documentos aceptados para verificación de ingreso económico (incluir uno de esta lista)

- **Si recibe estampillas de comida**
Proporcione una copia de la carta comprobante que se le otorga.
- **Si tiene empleo**
Proporcione 2 talones de cheque de pago de los últimos 3 meses
- **Si no tiene empleo**
Proporcione una copia de 1 talón de cheque de pago de los últimos 6 meses si está disponible y/o Carta de Beneficios de Desempleo
- Proporcione la declaración de impuestos del último año
- Estados de Cuentas del Banco de los 3 últimos meses
- Carta de Adjudicación SSI
- Carta de Adjudicación de Manutención de Hijos

NOTA: USTED NO NECESITA SER CIUDADANO AMERICANO PARA SER ELEGIBLE POR EL PROYECTO ACCESS DEL CONDADO PIERCE.

INFORMACION INCOMPLETA:

- 1.- Aplicaciones incompletas no serán procesadas hasta que las mismas sean completadas.
- 2.- Es de responsabilidad de la clínica o agencia en referencia comunicarse con el paciente en relación sobre el estado de su aplicación. Después de la inscripción, PCPA comunicará información de la cita y el estado de remisión de la solicitud con el paciente.

SU SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN NO SERÁ PROCESADA SIN LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.

POR FAVOR ESPERE UNA SEMANA PARA QUE SEA PROCESADA.