

# Spring Branch Community Health Center

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

**Centro Medico Familiar**  
1615 Hillendahl Suite 100  
Houston, Texas 77055  
713-462-6565

**Horas:**  
Lunes - Viernes  
8:00 am – 5:00 pm



**Clinica Pitner**  
8575 Pitner Road  
Houston, Texas 77080  
713-462-6545

**Horas:**  
Lunes, Miércoles, Viernes  
8:00 am – 5:00 pm  
Martes y Jueves  
8:00 am – 8:00 pm

### PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Programa de Asistencia Financiera es un programa especial en SBCHC para asistir a los pacientes que no tienen seguro médico o tienen dificultad pagando por servicios médicos. Si usted no califica para seguro médico y tiene bajos recursos puede aplicar para el programa de descuento. Para calificar necesita presentar lo siguiente:

#### SUS RESPONSABILIDADES

Se le pedirá mostrar comprobantes de toda la información que escribió en su solicitud. Si necesita ayuda para obtener los comprobantes, la persona que le entrevistó puede ayudarle.

#### 1.) SU IDENTIFICACION PERSONAL Y LA IDENTIFICACION PERSONAL DE MIEMBROS DE SU FAMILIA.

- Licencia de Conducir del Estado de Texas
- Identificación personal del Estado de Texas.
- Pasaporte con fotografía
- Identificación estudiantil con fotografía
- Identificaciones de consulados extranjeros
- Certificado de nacimiento
- Documentos de inmigración con fotografía
- Tarjeta de votante de los Estados Unidos
- Certificado de Naturalización

#### 2.) DONDE VIVE Y DONDE PLANEA CONTINUAR VIVIENDO

Necesitará un comprobante de dirección.

**Comprobantes validos con fecha de los últimos 60 días:** cobro de servicios públicos, cobro de tarjeta de crédito, cobro de hipoteca, formulario de verificación del propietario de su casa, correo comercial a su nombre o de su cónyuge, documentos o cheques de beneficio de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas,

**Comprobantes validos con fecha de los últimos 12 meses:** Contrato de alquiler, documentos escolares de los menores, documentos del Departamento de Vehículos automotores, comprobantes de seguro o registro de automóvil, declaración de impuestos de propiedad, declaración de impuestos salarial mas reciente, carta de Servicio de Impuestos Internos o Seguro Social, documentos de certificación para estampillas de comida, Medicaid o CHIP, carta de agencia de servicios sociales, tarjeta de votante actualizada de los Estados Unidos, y comprobantes de la oficina postal.

#### 3.) COMPOSICION DEL HOGAR

**Comprobantes:** Certificado de nacimiento, certificado de bautismo, acta de defunción, forma 1040 del Servicio de Impuestos Internos, carta donde se otorga Seguro Social a los dependientes, comprobantes escolares, comprobantes de seguro, comprobantes de solicitud de inmigración a los Estados Unidos, decreto de divorcio manutención; Propias de nacimiento, acta de nacimiento o brazalete de identificaron del hospital para recién nacidos durante los primeros 60 días, comprobante de inscripción escolar para estudiantes de 10 a 23 de edad.

#### 4.) COMPROBANTES DE INGRESOS DE LOS PASADOS 30 DIAS

**Comprobantes:** Talones de cheque, carta de verificación salarial, **forma 1040 si es trabajador independiente**, cheque de pensión, manutención, Seguro Social, desempleo, retiro, jubilación o compensación de trabajador. **Si no tiene ingresos necesitara comprobantes de sostenimiento financiero.**

#### 5.) OTROS SEGUROS DE SALUD

**Comprobantes:** Tarjetas de identificación de seguro médico (Medicaid, Medicare, CHIP, CHIP Perinatal), pólizas de seguro, documentos de la corte u otros documentos legales.

#### 6.) NUMERO DE TELEFONO, DONDE USTED PUEDE SER CONTACTADO

Casa, trabajo, o celular, numero de emergencia, vecino o familiar con el que puede dejar un mensaje.

**Si usted reúne los requisitos para Asistencia Financiera y luego se determina que la información o que los comprobantes presentados son falsos, podrá perder su asistencia financiera y puede que se requiera el pago total a SBCHC por los servicios brindados, También se le puede responsabilizar de cargos criminales y/o pena civil.**

## FORMA DE REGISTRO

(Por favor llene en letra de molde)

INFORMACION DE PACIENTE					
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	Lista de nombres usados:
Dirección:			#Apto.:	Ciudad:	Estado: Zona Postal:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento: / /	#Seguro Social:	Teléfono de Casa: ( )	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

PERSONA RESPONSABLE DE LOS CARGOS			
Nombre:	Relación con el paciente:	Dirección:	Tel: ( )

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre:	Relación con el paciente:	Dirección:	Teléfono de Casa: ( )

INFORMACION DE SU ASEGURANZA					
¿El paciente tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es No, siga con la siguiente sección)					
Indique cual es su primera aseguranza:		<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> CHIP Perinatal
<input type="checkbox"/> Aseguranza Privada:			<input type="checkbox"/> Otro		
Persona responsable de los cargos:	Fechas de Nacimiento:	Direccion: (si es diferente)		Telefono de Casa: ( )	
Seguro Social de Persona Responsable:	Nombre de Grupo:	Numero de Grupo:	Numero de Poliza:	Co-pay:	
Qué relación tiene con el asegurado:		<input type="checkbox"/> Usted Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Segunda Aseguranza	Nombre de la persona asegurada:	Seguro Social de Persona Asegurada:	Fecha de Nacimiento	Numero de Grupo	Numero de Poliza:
Que relación tiene con el asegurado:		<input type="checkbox"/> Usted Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> Otro:

¿Idioma Preferido?: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los EE.UU? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está usted sin Hogar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Mas de una etnicidad <input type="checkbox"/> Otro				Descendencia Latina/Hispano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cómo escucho de nuestra clínica y servicios?:			<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Iglesia
<input type="checkbox"/> MAM	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Revista	<input type="checkbox"/> Periódico	<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> Otro: _____

Yo autorizo al individuo(s) presente consentir a tratamiento o servicios, y para dar verbalmente y recibir información de salud protegida para cualquier tratamiento o servicios dados en SBCHC. Si cualquier cambio ocurre a esta autorización será mi responsabilidad notifica SBCHC. Las personas enumeradas abajo deben tener 18 años de edad o mas y poseer identificación con foto.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el paciente:

### EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

El paciente nombrado anterior autoriza y consiente a cualquier servicio, incluyendo pero no limitado a los procedimientos de diagnóstico, procedimientos de la radiología, los procedimientos del laboratorio, la anestesia, los tratamientos médicos o quirúrgicos, la salud dental, y mental que se juzga necesario o aconsejable por el médico(s) y asistentes al paciente bajo las instrucciones generales o especiales de medico(s).

\_\_\_\_\_  
Inicial

### LA DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información incluida en esta entrevista y el registro es confidencial y se protegerá bajo HIPAA Regla de Privacidad. Nosotros estamos informándole que podemos usar y revelar su información de salud protegida para llevar a cabo Tratamiento, Pago, o Funcionamientos de Cuidado de Salud.

**Yo entiendo** que para una descripción más completa de tal uso y descubrimientos yo tengo el derecho de revisar el "Aviso de Derechos" de Privacidad del Cliente antes de firmar el consentimiento.

**Yo entiendo** que tengo el derecho de pedir las restricciones por escrito cómo mi información de salud protegida que se usa o revela para llevar a cabo tratamiento, pago, o funcionamientos de cuidado de salud. Yo entiendo que el centro tiene el derecho para repasar y negar esta demanda.

**Yo entiendo** que yo puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto a la magnitud que SBCHC ha tomado acción.

\_\_\_\_\_  
Inicial

### LA ASIGNACIÓN DE SEGURO

**Yo autorizo** pago de Beneficios de Medicaid/Medicare/Dental/Otros beneficios pagable a mí, directamente a la Entidad de SBCHC. Yo también autorizo descargo de cualquier información relacionada a reclamos para mí o menores bajo mi protección.

**Yo entiendo** que yo soy responsable por todos los gastos de tratamiento inclusive cualquier servicio no cubierto por mi aseguransa.

\_\_\_\_\_  
Inicial

Yo estoy de acuerdo y entiendo el Consentimiento anterior para el Tratamiento, la Declaración de Confidencialidad, y la Asignación de Seguro.

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

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente/Guardián

\_\_\_\_\_  
La relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### USO PARA OFICINA SOLAMENTE

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Initial: \_\_\_\_\_

## DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE Y EL CENTRO

**Bienvenidos a nuestro centro comunitario de salud.** Nuestra meta es proveer asistencia médica a personas elegibles en la comunidad, a pesar de su capacidad de pago. Como paciente usted tiene derechos y responsabilidades. El Centro también tiene derechos y responsabilidades. Nosotros queremos que usted entienda estos derechos y responsabilidades para que usted pueda ayudarnos a proveerle mejor servicio de salud. Por favor, lea y firme esta declaración y háganos cualquier pregunta que usted tenga.

### A. **Derechos Humanos:**

Usted tiene el derecho de ser tratado con respeto sin importar su raza, color de piel, estado civil, religión, sexo, nacionalidad, ascendencia, desventaja física o mental o discapacidad, edad (sobre 40), veterano de Vietnam, u otros motivos no permitidos por las leyes o regulaciones aplicables a nivel local, estatal y federal.

### B. **Pago por servicios:**

1. Usted es responsable de darnos su información exacta sobre su situación económica y sobre cualquier cambio en su situación económica. Nosotros necesitamos esta información para decidir cuánto cobrarle a usted y/o para que podamos pasarle la cuenta a un seguro privado, Medicaid, Medicare u otros beneficios para los cuales usted es elegible. Si su ingreso es menor que la guía de pobreza federal, le daremos a usted un descuento.
2. Usted tiene el derecho de recibir una explicación de nuestra cuenta. Debe pagar o hacer arreglos para pagar todos los cargos de servicio de salud proporcionados por nuestras pólizas.
3. La ley federal nos prohíbe negarle a usted servicios de asistencia médica primaria, la cual es necesaria para su bienestar, solo porque usted no puede pagar por estos servicios cuando nos visita. En caso de que usted no haga un intento de cumplir con su plan de pago, nosotros tenemos el derecho de discontinuar nuestros servicios para usted.

### C. **Privacidad:**

Usted tiene el derecho de tener sus entrevistas, exámenes, y tratamiento en privado. Su archivo médico es también privado. Solo personas autorizadas legalmente pueden ver sus archivos, a menos que usted pida por escrito que los copiemos o se los enseñemos a otra persona. Una explicación completa de sus derechos de privacidad se agrega a este documento y se llama "Aviso de Derechos de Privacidad del Paciente." Este aviso explica en detalle la forma en la cual su archivo médico puede ser usado o revelado por el Centro y los derechos que usted tiene bajo el Acta de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA).

### D. **Servicio médico**

1. Usted es responsable de proveernos información completa y actual sobre su salud o enfermedad, para que nosotros podamos darle servicio médico apropiado. Usted tiene el derecho, y le aconsejamos que participe en las decisiones sobre su tratamiento.
2. Usted tiene el derecho de recibir información y explicaciones en el idioma que habla normalmente y en palabras que entiende. También tiene el derecho de recibir información sobre su salud o enfermedad, plan de tratamiento (incluyendo la clase de tratamiento, sus beneficios, los riesgos y las consecuencias de rechazar el tratamiento), alternativas razonables si hay algunas y el resultado esperado si se conoce. Esta información se le llama obteniendo su consentimiento informado.
3. Usted tiene derecho a recibir información sobre Directivas Adelantadas. Si Usted no desea recibir esta información o si no es aconsejable médicamente compartir esa información con usted, el centro se la proveerá al representante legalmente autorizado.
4. Usted es responsable del uso apropiado de nuestros servicios, lo cual incluye seguir las instrucciones de nuestro personal, hacer citas y cumplirlas. Nosotros quizás no podamos verlo a menos que tenga una cita. Si usted no entiende o no puede seguir las instrucciones del personal, díganoslo para que podamos ayudarle.
5. Si usted es un adulto, tiene el derecho de rechazar tratamiento hasta el punto permitido por las leyes y reglas aplicables. Con respecto a esto, usted tiene el derecho de estar informado de los riesgos, peligro y consecuencias de rechazar procedimientos o tratamientos. Usted es responsable de los resultados al rechazar el tratamiento.
6. Usted tiene el derecho de recibir tratamiento médico y dental que es razonable para su condición y dentro de nuestra capacidad; independientemente, el Centro no es una sala de emergencias. Usted tiene el derecho de ser transferido o enviado a otro centro para servicios que no podamos proveer. Nosotros no pagamos por servicios que usted obtenga en otro centro.
7. Si usted está adolorido, tiene el derecho de recibir una evaluación y tratamiento apropiado.

### E. **Reglas del Centro**

1. Usted tiene el derecho de recibir información sobre cómo se usan apropiadamente los servicios del Centro. Usted es responsable de usar los servicios del Centro y sus programas de una manera apropiada. Si usted tiene preguntas sobre cómo usar los servicios del Centro, háganoslo saber por favor.

2. Usted es responsable de la supervisión de niños que trae con usted al Centro. Usted es responsable de la seguridad de los niños y de la protección de otros clientes y de nuestras propiedades. Niños menores de 14 años no deben dejarse desatendidos en ningún momento mientras estén en nuestro Centro.

3. Usted tiene la responsabilidad de mantener sus citas. Las citas incumplidas causan una demora en el tratamiento a otros pacientes. Si usted no cumple con su cita, por favor llámenos 24 horas antes de su hora de cita para cancelarla. Si falta a tres citas en un año puede justificar la terminación de sus servicios en nuestro centro de salud. "Faltar a citas" se define como: (1) No llegar a cita prevista, o (2) no cancelar su cita 24 horas antes de su hora de cita.

4. Nuestras clínicas tienen tres días de trabajo para volver a llenar su prescripción cuando usted nos llama. Por favor no espere hasta que usted no tiene más medicamentos para solicitar que se llene su prescripción; preferiblemente solicite llenar su prescripción por lo menos tres días de trabajo antes de que se termine su medicamento.

5. No somos responsables de los artículos personales del paciente y/o del visitante dentro de las premisas de la clínica (instalaciones o porciones del estacionamiento). La clínica no se hace responsable de artículos personales mal colocados, robados, o perdidos.

#### **F. Quejas**

1. Si usted no está satisfecho con nuestros servicios, por favor díganoslo. Nosotros queremos sugerencias para que podamos mejorar nuestros servicios. Nosotros le diremos a usted como se hace un reclamo. Si no esta satisfecho como manejamos su reclamo, usted puede quejarse al Equipo Ejecutivo del Centro. El Equipo Ejecutivo proporcionara un reporte a la junta directiva.

2. Si usted se queja, ningún representante del Centro lo castigara, discriminara o tomara represalias contra usted por hacer un reclamo; y continuaremos proveyéndole servicios a usted.

#### **G. Terminación**

Si decidimos que tenemos que dejar de tratarlo a usted como paciente, usted tiene el derecho de recibir un aviso con anticipación que explica la razón por la decisión; y se le dará a usted (30) días para encontrar otros servicios médicos. Sin embargo, podemos decidir dejar de tratarlo a usted inmediatamente y sin aviso previo si usted ha creado una amenaza a la seguridad del personal y/u otros clientes. Usted tiene el derecho de recibir una copia de la política de terminación del Centro. Otras razones por las cuales podemos dejar de verlo a usted incluyen pero no están limitadas a: (A) No obedecer las reglas, (B) No cumplir constantemente con sus citas, (C) Fallo intencional de reportar información correcta sobre su salud o enfermedad, (D) No seguir intencionalmente el programa de salud médica, tal como instrucciones sobre cómo tomar medicamentos, costumbres personales de salud, u otras citas recomendadas por su proveedor, (E) Manipulación de la prescripción de medicamentos, (F) Crear una amenaza a la seguridad del personal y/u otros clientes, (G) No reportar intencionalmente su situación económica correcta, (H) No seguir el plan de pago, y/o (I) Comportamiento abusivo, inapropiado, o violento hacia otros (incluyendo al personal u otros pacientes) o las facilidades del Centro que interfiera con la habilidad del Centro de proveer servicios razonables al paciente. El Centro **mantiene CERO TOLERANCIA de abuso, acoso, o violencia** de cualquier tipo. Cualquier persona que cause o amenaza causar abuso, acoso o violencia de cualquier tipo está sujeto a la terminación inmediata como paciente del Centro y/o será removido de las premisas de este. El centro no dará 30 días de aviso de terminación de la relación entre el paciente y el Centro bajo estas situaciones.

#### **H. Apelaciones**

Si el Centro le ha dado a usted un aviso de terminación, usted tiene el derecho de apelar la decisión al Equipo Ejecutivo del Centro. El Equipo Ejecutivo proporcionara un reporte a la junta directiva. A menos que usted tenga una emergencia médica, no continuaremos viéndolo como paciente mientras usted está apelando la decisión.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

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