



**Cape Fear
HealthNet**

Bridging the Gap for the Uninsured

1601 Doctors Circle
Wilmington, NC 28401
Phone: (910) 399-2751
Fax: (910) 399-2756

Bienvenido a Cape Fear HealthNet!

Queremos ayudarle a conectarse a un médico primario. Para procesar su aplicación necesitamos los documentos de la lista. Si tiene alguna pregunta de como conseguir sus documentos, pregúntenos.

Queremos hacer el proceso lo mas fácil posible para que tenga el cuidado de salud que necesita!

- **Prueba de identificación:**
 - **Licencia de conducir/Pasaporte o identificación (uno de ellos)**
 - **Tarjeta de Seguro social o ITIN.**

- **Prueba de ingresos:**
 - **Documento de discapacidad**
 - **Carta de apoyo**
 - **Copia de sus impuestos y forma W2**
 - **Cuatro (4) talones más recientes**
 - **Estado de banco**
 - **Dueño de negocio – Reporte escrito de sus ingresos, Estados de banco, Forma 1099**
 - **Si ha sido negado para Medicaid ó Medicare, favor de proveer la carta de rechazo**

- **Prueba de domicilio: (Ejemplo – Factura de electricidad)**
 - **Documento de correo con su nombre y dirección de donde vive.**

Fecha de cita: _____ Hora: _____

Especialista: _____

Para uso exclusivo de la oficina

Tipo de paciente _____

Cantidad de W/O \$ _____

Resultados de S/A: _____ h/h \$ _____

Centro _____

N.º de cuenta _____

N.º de registro médico _____

I. Características demográficas del paciente

Nombre del paciente: _____
(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

(N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

(Teléfono)

¿Ha solicitado la Asistencia financiera con algún centro de Novant Health, Inc. (p. ej., Novant Medical Group, Presbyterian Hospital, Brunswick Community Hospital, Thomasville Medical Center, Forsyth Medical Center, etc.) anteriormente? Sí No.
Si lo ha solicitado, proporcione la fecha de la solicitud o aprobación. _____

II. Información familiar

Estado civil (encierra una opción con un círculo)	Casado	Soltero	Separado	Total de miembros en la familia
---	--------	---------	----------	---------------------------------

Nombre del dependiente	Fecha de nacimiento del dependiente

III. Empleo/Ingresos

Empleador del paciente/garante: _____

Cantidad de ingreso bruto mensual \$ _____

Fuente de ingresos: *adjunte una verificación o explicación de la situación actual.* _____

Fuente de ingresos del cónyuge o de otro tipo y cantidad de ingreso bruto mensual \$ _____

Ingreso familiar bruto anual total \$ _____

Si no tiene un ingreso, ¿cómo se mantiene usted? _____

¿Posee una cuenta bancaria activa? _____ ¿Declaró los impuestos del año anterior? _____

IV. Verificación del seguro

¿Su empleador ofrece un seguro médico?	SÍ	NO
¿Posee algún seguro médico?	SÍ	NO
Nombre de la compañía de seguro: _____		
¿Tiene empleo?	SÍ	NO
Si quedó desempleado en los últimos 90 días, proporcione lo siguiente:		
Nombre de su último empleador y fechas de empleo: _____		
Nombre de la compañía aseguradora patrocinada por su empleador: _____		
¿Es usted elegible para los beneficios de COBRA? _____		

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: _____

Porcentaje del nivel federal de pobreza: _____ Decisión basada en lo siguiente: _____

Comentarios/Resumen: _____

Firma del entrevistador	Fecha:	Aprobado	Denegado
Firma del gerente	Fecha:	Aprobado	Denegado
Firma del director	Fecha:	Aprobado	Denegado
Firma del vicepresidente ejecutivo/vicepresidente	Fecha:	Aprobado	Denegado



Por favor liste los miembros que viven en su casa:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Relacion al paciente:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____



Name: _____
 (Last Name) (First Name) (Middle Initial)
 DOB: _____ MR#: _____
 Acct#: _____

DECLARACIÓN DE SUPPORT/ASSISTANCE

Éste es certificar que I am/was que proporciona el tipo siguiente de ayuda y de ayuda:

_____ (Nombre paciente)

	Sí	No	
Alimento:	___	___	
Abrigo:	___	___	
Efectivo:	___	___	Cantidad por mes: \$ _____
De: _____			To: _____
(Mes/año)			(Mes/año)

En esta dirección: _____
 (Dirección de la calle)

 (Ciudad, estado, código postal)

No puedo responsable, ni a la paga, para ningún hospital o costos médica para él/ella.

 Fecha Firma

 Nombre de la impresión

Relación al paciente: _____
 Teléfono#(código de área incluyendo): _____
 Dirección(si es diferente de antedicho): _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

1. **Divulgación Autorizada.** Autorizo a todos mis proveedores de atención médica, planes de salud y proveedores de servicios y entidades que han proporcionado, o puedan proporcionar cualquier tipo de atención médica, seguro de salud o servicios de gestión de casos, a revelar toda mi información de salud protegida a Cape Fear HealthNet ("CFHN") y sus socios: **Cape Fear Clinic, Good Shepherd Center, MedNorth, New Hope Clinic, Novant Health/New Hanover Regional Medical Center, Black River Family Practice, New Hanover Medical Group, Christ Community Clinic and Coastal Horizons Health con la excepción de notas de terapias.** Además autorizo a CFHN y socios a compartir cualquier información protegida de salud obtenida de los proveedores de salud, planes de salud, aseguradores de salud y manejadores de casos a otros proveedores de salud médica, planes de salud, aseguradores de salud y proveedores de servicios de gestión de casos y a todas las demás personas y entidades que puedan ser contactadas por el médico al que haya sido referido y también a agencias de servicios sociales. También autorizo a CFHN y asociados a verificar información financiera con proveedores de servicios y cualquier empleador actual o previos, si es necesario para completar la verificación de elegibilidad. Empleados de CFHN o socios también puede discutir mi caso con las siguientes personas:

Nombre	Relación	Número telefónico
CFHN o socio puede dejar un mensaje en mi correo de voz/contestador en casa/trabajo:		Sí / No
CFHN o socio puede comunicarse via telefónica/texto/correo electrónico:		Sí / No

2. **Propósito de la autorización.** El propósito de esta autorización es permitir Cape Fear HealthNet y sus socios me ayuden a manejar mi condición médica y me conecten con otros recursos de la comunidad, socios y proveedores de servicios médicos, para los servicios que pueda necesitar.

3. **Fecha de expiración.** Esta autorización vencerá un (1) año desde la fecha antes mencionada a menos que yo revoque antes de esa fecha. Esta autorización puede ser revocada por mí por escrito en cualquier momento.

4. **Divulgaciones requeridas.** Entiendo que cualquier información usada o divulgada bajo esta autorización puede ser sujeta a re-divulgación y ya no pudiera estar protegida bajo las normas federales de privacidad.

Toda la información dada es verdadera y correcta de acuerdo a mi conocimiento.

 Firma del Paciente Fecha

Certifico que informaré y notificaré al establecimiento en el caso de obtener Seguro médico o cambio en mis ingresos.

 Firma del Paciente Fecha

Doy mi consentimiento para divulgar mi información a las compañías farmacéuticas solo para propósitos de auditoria y abastecimiento de medicamentos para los programas de asistencia farmacéuticas a pacientes.

 Firma del Paciente Fecha

Entiendo que mis proveedores de atención médica y planes de prestaciones de salud no pueden negarse a tratarme o negarme beneficios simplemente porque me niego a firmar esta autorización.

 Firma de Paciente Nombre de Paciente Fecha

 Persona que firma en nombre de paciente Nombre de Persona Fecha

 Firma/Nombre del testigo Fecha

Spanish

VIVIENDA Y SERVICIOS

- H-1 ¿Cuál es actualmente su situación de vivienda?
[a] Yo tengo casa;
[b] Yo no tengo casa (me estoy quedando con otros, en un hotel, en un albergue, estoy viviendo en la calle, en la playa, en un carro o en un parque); o
[c] Yo prefiero no contestar esta pregunta.

Si seleccionó "b", pase a la pregunta Q4

- H-2 ¿Está Usted preocupado o ansioso de que en los próximos dos meses pueda no tener una vivienda estable que sea de su propiedad, la rente o dónde Usted se quede como parte de la familia?
[a] Si [b] No
- H-3 En los pasados 12 meses ¿Usted o un miembro de su familia con los que vive, ha sido incapaz de obtener servicios (calefacción, electricidad) cuando han sido realmente necesarios?
[a] Si [b] No
- H-4 ¿Alguna de las agencias locales está ayudándolo a conseguir casa?
[a] Si, ¿cuáles? _____
[b] No

TRANSPORTE

- T-1 ¿La falta de transporte le ha impedido asistir a sus citas médicas, reuniones, trabajo o de las cosas que Usted necesita obtener para su vida diaria? Seleccione todas las opciones que correspondan.
[a] Si, me ha impedido ir a mis citas médicas u obtener mis medicamentos;
[b] Si, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo, u obtener las cosas que necesito; [c] No; o
[d] Yo prefiero no contestar esta pregunta.

ALIMENTOS

- F-1 Durante el año pasado, ¿Usted usó los servicios de un Dispensario de Alimentos/Comedor Comunitario o recibió alguna donación de alimentos?
[a] Si [b] No
- F-2 Durante los pasados 12 meses, ¿Usted estuvo preocupado de que sus alimentos se terminaran antes de que tuviera dinero para comprar más?
[a] Si [b] No
- F-3 Durante los pasados 12 meses, ¿los alimentos que Usted compró no duraron lo suficiente y Usted no tuvo dinero para comprar más?
[a] Si [b] No

TRABAJO

- E-1 ¿Cuál es actualmente su situación laboral?
[a1] Desempleado(a) buscando trabajo;
[a2] Desempleado(a) no buscando trabajo;
[b] Tiempo parcial o trabajo temporal;
[c] Trabajo de tiempo completo;
[d] Retirado(a); o
[e] Yo prefiero no contestar esta pregunta.
- E-2 ¿Alguna de estas opciones también le corresponden? Seleccione todas las opciones que le correspondan
[a] Estudiante;
[b] Aplicando para incapacidad;
[c] Incapacidad recibida;
[d] Incapacitado(a), no elegible para beneficios; [e] Proveedor primario de cuidados; o
[f] Yo prefiero no contestar esta pregunta.

SEGURIDAD INTERPERSONAL

- S-1 ¿Dónde vive actualmente, ¿se siente Usted física y emocionalmente seguro?
[a] Si [b] No
- S-2 Durante los pasados 12 meses, ¿lo/La han golpeado, cacheteado, pateado o de alguna forma ha sido lastimado(a) físicamente por alguien?
[a] Si [b] No
- S-3 Durante los pasados 12 meses, ¿ha sido Usted humillado o abusado emocionalmente en otras formas por su pareja o expareja?
[a] Si [b] No