

## LISTA DE REQUISITOS PARA EL PROGRAMA TARJETA ROSA

Para adultos de entre 19 a 64 años de edad que residen en el condado de Cabarrus que **no sean elegibles** para obtener seguro médico privado, Medicaid y/o Medicare

### Completar los siguiente documentos

Completar y firmar la solicitud proporcionada por la Clínica Gratuita o por internet en [communityfreeclinic.org](http://communityfreeclinic.org)

### Reunir los siguientes documentos.

#### Prueba de dirección en el condado de Cabarrus – ejemplos:

- Licencia de Conducir de Carolina Del Norte o una identificación con foto con su dirección actual.
- Contrato de arrendamiento; Impuesto de bienes y raíces si usted es dueño de casa.
- Cuentas enviadas por correo a su dirección actual: agua, electricidad, cable, o facturas médicas

#### Comprobante de todos los ingresos que usted o su esposo(a) (si están casados) ganan.

- Talones de cheque recientes/Registro de trabajo propio/ Carta de su empleador (de los últimos 30 días)
- Ingresos por discapacidad del seguro social: carta de aceptación y beneficios del año en curso (documento original)
- Ingresos de la seguridad social: carta de beneficios del año en curso para cada miembro del hogar. Si es mayor de 65 años y no es elegible para Medicare, **se requiere la carta de negación de beneficios.**
- Pensión del seguro social o jubilación: carta original de beneficios mensuales del año en curso.
- Desempleo o compensación de trabajo: carta de beneficios que muestre la cantidad mensual recibida. Si recibe alguno de los beneficios mencionados.

**Esta solicitud firmada junto con los documentos requeridos puede ser traídos directamente a la Clínica Gratuita Comunitaria, ser enviados por correo, o dejarlos en el buzón al frente del edificio ubicada sobre la calle Lake Concord.**

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE ESTA SOLICITUD NO SERA APROBADA HASTA QUE TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS HAYAN SIDO RECIBIDOS**

## Community Free Clinic

528-A Lake Concord Road, NE Concord, NC 28025

Phone: 980-498-3067

Fax: 704-705-2741

**HORAS DE INSCRIPCION: lunes a jueves de 8:30am a 4:30pm**

[communityfreeclinic.org](http://communityfreeclinic.org)



**Solicitud de HealthNet Cabarrus, Página 2**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de su doctor (si tiene uno) \_\_\_\_\_

Enliste las alergias que tenga \_\_\_\_\_

Por favor enliste todos los que viven con usted:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con usted
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Por favor, marque sus condiciones crónicas:

Agregue en este recuadro otras condiciones médicas:

<input type="checkbox"/> Hipertensión (Presión Arterial Alta)	
<input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico	
<input type="checkbox"/> Anemia	
<input type="checkbox"/> Ataques de epilepsia	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	
<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Cáncer	

Mi método normal de transportación es:

- Auto
- Autobus
- Caminando
- Viaja con otra persona
- Otro método de trasportación (explique por favor)

# HealthNet Cabarrus

## HealthNet Cabarrus ACUERDO DEL PACIENTE

La inscripción en HealthNet Cabarrus le proporciona a usted un doctor primario para todas sus necesidades de salud. **HealthNet NO es un seguro médico.** Pero usted DEBE mostrar su HealthNet (Tarjeta Rosa) en cada visita para que sepan que está inscrito en el programa de HealthNet. Su cuidado de salud, mientras que está inscrito en HealthNet, es posible por la asociación de Atrium-NorthEast, y médicos independientes del Condado de Cabarrus con la Clínica Gratuita de la Comunidad. Su propósito es proveer una red de servicios médicos para los que no tienen seguro de salud en nuestro condado; proporcionándole un doctor general, acceso a medicamentos, pruebas de laboratorio y el cuidado especializado de afecciones agudas y crónicas.

**Al estar inscrito al programa de HealthNet Tarjeta Rosa, usted está de acuerdo con lo siguiente:**

- Mostrar su Tarjeta Rosa cada vez que vea a su médico o clínica.
- **Usted puede utilizar su Tarjeta Rosa solamente en la clínica que le hemos asignado.**
- **Usted no puede** faltar a sus citas; llame para cancelar o cambiar su cita por lo menos 24 hrs. antes.
- **Usted** irá a su clínica asignada en lugar de ir al hospital si no es una emergencia de vida o muerte.
- **Usted** nos dará permiso de compartir su información de salud con otras organizaciones y agencias cuando sea necesario para obtener y mantener su inscripción en los cuidados médicos y de asistencia con medicamentos.

Iniciales \_\_\_\_\_

### POSIBLES RAZONES PARA DESCALIFICAR DEL PROGRAMA

- **Si usted** es egible para Medicaid, Medicare, o tiene acceso a un seguro de salud privado.
- **Si usted** pierde varias citas con su doctor (No Shows)
- **Si usted** falta una (1) vez con su especialista o laboratorio.
- **Cuando usted** visita el servicio de sala de emergencias para casos que no son de vida o muerte en lugar de su doctor de cabecera. Usted será responsable por el costo de la visita al hospital.
- **Si usted** es irrespetuoso o no coopera con el personal medico de la clinica u otros empleados por ella.
- **Si usted falla en reportar un cambio de domicilio, numero de telefono, empleador/ingresos dentro de los primeros 10 dias del cambio.**
- **Si usted falsifica** cualquier información/cualquier documento en su solicitud.

Iniciales \_\_\_\_\_

### REQUISITOS PARA RENOVACION

Debe reinscribirse cada año para continuar su participación en el programa de HealthNet. Recuerde revisar su tarjeta para ver la fecha de caducidad. La Clínica Gratuita de la Comunidad le mandará recordatorios por correo y teléfono cuando se acerque la fecha de caducidad. **Si su inscripción se vence no podrá usar los servicios de la clínica o farmacia hasta que renueva su inscripción.**

Se le entregará este documento para su referencia. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con la Clínica Gratis de la Comunidad, servicios de inscripción: 980-498-3067

## POLIZA DE PRIVACIDAD

Yo autorizo que se comparta cualquier información para establecer mi ó la elegibilidad de mi familia. Yo autorizo a la Clinica Gratis de la Comunidad que verifique con las agencias estatales o federales y cualquier otra agencia relacionada, la información obtenida en esta solicitud y/o compartida verbalmente para completar mi inscripción en HealthNet (Tarjeta Rosa). Yo comprendo que la información puede incluir documentos medicos o no medicos y puede obtenerse de fuentes relevantes tales como practicas medicas, bancos, empleadores, y compañías de seguros.

Una vez inscrito en HealthNet (Tarjeta Rosa) yo doy permiso a la Clinica Gratis de la Comunidad que reciba en mi nombre los registros necesarios de salud, referencias, y recetas medicas y compartir dichos registros de salud, referencias y recetas medicas a los proveedores de salud que participan en HealthNet (Tarjeta Rosa)

Yo he leído o se me ha leído, el Acuerdo del Paciente de HealthNet (tarjeta rosa) incluyendo las responsabilidades del paciente, y las razones del porqué podría ser descalificado del programa.

Yo comprendo mis responsabilidades como paciente que solicita los servicios del programa de HealthNet (Tarjeta Rosa) Y estoy de acuerdo con estos términos.

---

Nombre Completo

---

Fecha de Nacimiento

---

Firma del Paciente

---

Fecha

---

Representante de la Clinica Gratis

---

Fecha

La solicitud de Acuerdo del Paciente debe de ser firmada por el afiliado de HealthNet (Tarjeta Rosa) y un representante de la Clinica Gratis de la Comunidad. Esta solicitud firmada permanecerá en el registro del afiliado (con la solicitud del afiliado) y servirá para verificar si la información contenida en la solicitud es exácta. El afiliado de HealthNet (Tarjeta Rosa) recibirá una copia del Acuerdo del Paciente como referencia para sus registros.

## ACUERDO DE SERVICIO CON LA CLINICA GRATIS

- **Se espera que siga el plan de cuidado.**
  - a. Visitando a su médico, haciéndose análisis de laboratorio, radiografías y completando otras pruebas requeridas, y tomar los medicamentos según las indicaciones de su doctor. El objetivo de este plan es ayudarlo a recuperarse y mantenerse saludable.
  - b. Traer todas las medicinas que está tomando a todas sus citas.
- **Llamar tan pronto como sepa que debe cancelar/reprogramar su cita al: 704-782-0650, opción 4.**
  - a. El personal de recepción le ayudará a reprogramar o cancelar su cita.
  - b. Si usted no llama para cancelar su cita, **se considerará una falta.**
  - c. Si usted tiene **más de 3 faltas en un año**, la administración de inscripción puede optar por interrumpir los beneficios del programa Tarjeta Rosa y usted dejaría de ser un paciente.
  - d. **Si pierde una cita médica con un especialista** que estaba programada para usted, sin previo aviso, la administración de inscripción suspenderá sus beneficios y ya no será un paciente.
  - e. Si llega más de quince (15) minutos tarde a su cita, se le puede pedir que re programe su cita y no podrá ver a su doctor ese día.
- **Para rellenar sus medicamentos y/o nuevas recetas médicas debe llamar al: 980 498-3058.**
  - a. **Llamar de 7 a 14 días antes** de que se le acabe el medicamento y necesite rellenar su receta para que sea enviada por correo. La farmacia no llama, no envía correos electrónicos o mensajes de texto para rellenar una receta; Usted debe comunicarse con la farmacia. Lea el frasco de su medicamento para ver cuántos rellenos le quedan.
  - b. Su relleno de receta podría provenir de muestras medicas de nuestra farmacia o de MedAssist. Para recogerlos en nuestra farmacia, visite [www.communityfreeclinic.org](http://www.communityfreeclinic.org) para saber el horario actual de atención en la farmacia.
  - c. Si usted necesita rellenar directamente con MedAssist por favor de llamar al 704-943-9639 y oprima el 0 para hablar con alguien en español.
- **Deberá mostrar un comportamiento respetuoso en la clínica:**
  - a. Quétele el volumen a su celular mientras está en la clínica. Se considera una falta de respeto si usted habla por teléfono mientras su doctor o farmacita está atendiéndole; por lo que se le pedirá que re programe su cita para después.
  - b. Comuníquese de una manera cortés y amable. Si usted es verbalmente abusivo, usa lenguaje vulgar u obsceno, o eleva la voz, se le pedirá que se vaya de la clínica sin recibir ningún servicio y se le puede interrumpir los benéficos del programa indefinidamente. Nuestro personal ofrece un trato cortés y respetuoso a todos nuestros pacientes, y se espera que nuestro personal y voluntarios también reciban ese mismo trato cortés y amable de todos los pacientes.
  - c. **No podremos atenderle** si usted parece estar intoxicado o bajo la influencia de narcóticos. En ese caso se le pedirá que se retire y re programe su cita. **Esto se contará como una ausencia.**

Reconozco que se me ha explicado esta información y se me ha proporcionado una copia del Acuerdo de Servicio.

---

Firma del paciente

---

Fecha

FAVOR DE COMPLETAR ESTA EVALUACION

**Evaluación de salud**

Nosotros creemos que todas las personas deberían tener la oportunidad de estar sanas. Algunas cosas como no tener suficiente alimento, transporte confiable o un lugar seguro dónde vivir, pueden hacer difícil que se encuentre sano. Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a entender mejor su situación actual. Quizá no podamos encontrar recursos para todas sus necesidades, pero intentaremos ayudarle en todo lo posible.

	Sí	No
<b>Alimentos</b>		
1. En los últimos 12 meses, ¿tuvo la preocupación de que se le iba a acabar el alimento antes de tener dinero para comprar más?		
2. En los últimos 12 meses, ¿el alimento que compró no le rindió y no tuvo dinero para comprar más?		
<b>Vivienda/Servicios públicos</b>		
3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que quedarse a la intemperie, en un auto, tienda de campaña, refugio público o temporalmente en casa de alguien -quedándose en el sofá-?		
4. ¿Le preocupa la posibilidad de perder su casa?		
5. En los últimos 12 meses, ¿no le fue posible tener servicios públicos - calefacción, electricidad- cuando tenía gran necesidad de ellos?		
<b>Transporte</b>		
6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido llegar a citas médicas o realizar actividades de la vida diaria?		
<b>Seguridad interpersonal</b>		
7. ¿Se siente usted inseguro física o emocionalmente en donde vive actualmente?		
8. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha golpeado, cacheteado, pateado o lastimado físicamente?		
9. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha humillado o ha abusado emocionalmente de usted?		
<b>Optional: Necesidad inmediata</b>		
10. ¿Son urgentes sus necesidades? Por ejemplo: usted no tiene comida para esta noche, usted no tiene un lugar para dormir esta noche, o si usted tiene miedo de ir a su casa porque puede confrontar problemas.		
11. ¿Le gustaría tener ayuda en cualquiera de las necesidades que usted ha identificado?		

————— **SOLO PARA LA OFICINA** —————

Name: \_\_\_\_\_

Chart # \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Telephone: (     ) \_\_\_\_\_

<p>Additional comments:</p>     
---