



Estimado Paciente Nuevo,

¡Bienvenido! Muchas gracias por escoger al Centro de Salud del Área de Rockbridge (Rockbridge Area Health Center (RAHC)) para tus necesidades de salud. Nosotros nos diferenciamos de otros proveedores del área en el sentido que tenemos la capacidad de ofrecer múltiples servicios de salud que pueden mejorar su estado físico, mental, y emocional. También, ofrecemos medicamentos y asistencia financiera para pacientes que cualifican para recibir esta ayuda, sin considerar el estatus de su seguro.

Este paquete incluye las siguientes formas:

Registro de Paciente – <i>Una por adulto</i>	Regresar a RAHC
Formulario para la liberación de datos	Regresar a RAHC
Asistencia para seguro de salud	Regresar a RAHC, si aplica
Aplicación para asistencia financiera – <i>una por casa</i>	Regresar a RAHC, si aplica
Evidencia de que requiere apoyo- <i>Una por adulto</i> Prueba de necesidad de apoyo	Regresar a RAHC, si aplica
Consenso General	Para su información
Derechos y Responsabilidades del Paciente	Para su información
Activación de Servicios	Para su información
Asistencia para medicamentos	Para su información

Formas completas pueden ser enviadas a 25 Northridge Lane, Lexington, VA 24450, o entregadas a las instalaciones de RAHC de lunes a jueves, de 8:00am- 6:00pm y viernes de 8:00am- 5:00pm, o enviadas por fax al (540) 464-1362.

Nuestro equipo está disponible para contestar cualquier pregunta que se le pueda presentar o tener una conversación individual para revisar las formas y documentos. Nos pueden contactar al (540) 464-8700, opción 1. Tratamos de procesar su información en un periodo de 24 horas y al terminar de revisar su aplicación, le llamaremos para notificarle.

De nuevo, muchas gracias por escoger RAHC

Atentamente,

El equipo de Contacto con la Comunidad y Matrícula

FORMA PARA REGISTRAR AL PACIENTE

Información del/de la Paciente			
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	
Dirección de Correo			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Dirección Física (llenar si es diferente a la del correo)			
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Teléfono de Trabajo	
Fecha de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Enviudado	
Número de Seguro Social	Correo electrónico		
¿Cómo te enteraste de RAHC? <input type="checkbox"/> periódico <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> televisión <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> hospital <input type="checkbox"/> señalización en camino <input type="checkbox"/> búsqueda en Internet <input type="checkbox"/> compañía de seguros <input type="checkbox"/> Otro:			
Responsabilidades Financieras			
<input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Guardián/Poder Legal			
Apellido	Primer Nombre		
Dirección <input type="checkbox"/> Igual que la anterior	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Número de Casa	
Información de Empleo			
¿Está usted empleado? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado		Nombre de Empleador	
Dirección de Empleador	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es usted un estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No soy un estudiante		¿Es usted un militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto de Emergencia #1			
Apellido	Primer Nombre		
Dirección de Correo			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Relación al paciente	
Contacto de Emergencia #2			
Apellido	Primer Nombre		
Dirección de Correo			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa	Teléfono Celular	Relación al paciente	

Farmacia, Proveedor y Información del Seguro	
Farmacia preferida: La farmacia que se ha asociado con RAHC es el Centro de Recetas de Lexington (Lexington Prescription Center). Si usted no llena esta sección, todas las recetas irán a Lexington Prescription Center.	
Si no es RAHC, ¿quién es su médico de atención primaria?	
Si no es RAHC, ¿quién es su proveedor de servicios dentales?	
Enumere los otros proveedores de salud que utilice:	
Compañía de Seguro Médico Primario:	
Número de identificación del plan	Número del grupo plan
Nombre del/de la asegurado/a	
Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a	Numero de Seguridad Social del/de la asegurado/a
Compañía de Seguro Médico Secundario:	
Número de identificación del plan	Número del grupo plan
Nombre del/de la asegurado/a	
Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a	Numero de Seguridad Social del/de la asegurado/a
Compañía de Seguro Dental Primario:	
Número de identificación del plan	Número del grupo plan
Nombre del/de la asegurado/a	
Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a	Numero de Seguridad Social del/de la asegurado/a
Tiene una declaración anticipada de Tratamiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desearíamos tener una copia. Tenemos muestras de declaraciones anticipadas de tratamiento.	
Información adicional del paciente	
Nosotros recolectamos información de todos nuestros pacientes para darnos una mejor idea de la comunidad a la que servimos y mejorar nuestros servicios. Reportamos esta información sin identificar a un paciente en particular. Por ejemplo, reportamos que ofrecimos servicios a 100 veteranos.	
Raza: <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> No reportada/prefiero no indicar	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispánica o Latinoamericana <input type="checkbox"/> No Hispana <input type="checkbox"/> No reportada/prefiero no indicar
Estatus de Veterano: Ha formado parte de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma preferida: _____ ¿Usted requiere de la asistencia de un traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quisiera recibir asistencia con leer/completar las formar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Residencia: ¿Es usted un residente temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive en residencia pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Eres una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vive en una casa multifamiliar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Orientación Sexual:

Lesbiana o Homosexual Heterosexual Bisexual Otra No sé No reportada/prefiero no indicar

Identidad de Género:

Hombre Mujer Hombre Transgénero (de Mujer a Hombre) Mujer Transgénero (de Hombre a Mujer) Otra No reportada/prefiero no indicar

¿Cuánta gente vive en su hogar, incluyéndose? _____

¿Cuánto calcula que es el ingreso total de su casa anual, incluyendo asistencia del gobierno y asistencia de incapacidad?

Menos de \$11,000 \$15,001- \$20,000 \$25,001- \$35,000 \$45,001- \$55,000
 \$11,001- \$15,000 \$20,001- \$25,000 \$35,001- \$45,000 Más de \$55,000

Información de Privacidad

Las regulaciones del gobierno de HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, la legislación de portabilidad y responsabilidad de seguro médico) requieren permiso del paciente para hablar con familia, amigos o guardia y custodial sobre información protegida de su salud, con excepción de casos de emergencia. El Centro de Salud toma en serio la responsabilidad de cuidar su cuenta e información médica privadas y confidenciales. Se puede leer la noticia completa de las prácticas de privacidad del Centro de Salud en el sitio www.rockahc.org o puede solicitar una copia en la oficina central.

Para que nosotros podamos compartir su información con otra persona, tendrá que designar quién puede tener acceso a esta información y darnos su permiso firmado para poder compartir la información. Usted también puede poner “ninguno.”

Condición médica general, resultados de laboratorio, resultados de exámenes, resultados de tratamiento o información sobre su cita:

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

Saldo e información financiera:

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

Nombre	Relación	No. de teléfono
--------	----------	-----------------

En el caso de que no le podamos contactar por teléfono ¿le podríamos dejar un mensaje? Sí No

Nosotros usamos un sistema automatizado para recordarle de sus citas. Si nos dio un número de teléfono celular, prefiere un recordatorio en forma de: Llamada telefónica Mensaje de texto

Los pacientes con una dirección de correo electrónico designada en este formulario serán registrados con nuestro portal de pacientes al que se puede acceder en nuestra página de web www.rockahc.org. Nuestro portal de pacientes es una manera en la que podemos darles a nuestros pacientes acceso fácil a nuestros servicios. Ahí puede solicitar resurtidos de medicamentos, revisar sus resultados de laboratorio, ver/imprimir resúmenes de visitas, educación del paciente y registros de inmunizaciones, tal como hacer pagos.

Firma

Entiendo que al firmar este formulario, aseguro que la información que proveo es verdadera y acertada. También entiendo que si cambia la información, debo contactar el Centro de Salud.

Firma del/de la paciente	Fecha
--------------------------	-------

Firma del Padre o de la Madre/Guardia y Custodial	Fecha
---	-------

Solo para pacientes médica y mental

HIPAA-FORMULARIO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN
Autorización para el uso y compartimiento de información médica privada

Nombre del/de la Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguridad Social: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono Celular: _____
Dirección/Domicilio: _____

Yo le doy permiso al Centro de Salud de Rockbridge de usar y compartir con u obtener de

Nombre de la Facilidad o Persona	Número de Teléfono/Fax		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Las siguientes fechas: desde _____ hasta _____

**Si se ha especificado ninguna fecha, proporcione sólo los últimos 2 años.*

Pido que mande los siguientes documentos: **(marque todos los que aplican)**

	Toda la documentación	Notas de Terapia Física	Otro:
	Resultados de laboratorio	Documentación de Inmunizaciones	
	Resultados de Rayos-X	Documentos de salud metal	
	Información de HIV/AIDS	Notas de Oficina del Médico	
	Documentación de farmacia	Documentos de EKG	

La razón por solicitud para compartir la información solicitada por el individuo es:

	Traslado o Continuación de Cuidado		Incapacidad
	Seguro		Compensación de trabajador/a
	Copia persona		Otro:
	Abogado		

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización y se puede actualizar si entrego una solicitud por escrito. También entiendo que El Centro de Salud de Rockbridge puede mandar documentos y registros de nuevo bajo esta autorización, con la excepción de documentos sobre la salud mental, los cuales requieren un formulario de autorización separada. También entiendo que puedo declinar firmar esta autorización y es totalmente voluntario, pero también entiendo que ciertos documentos y registros se necesitan para facilitar el mejor cuidado médico posible. **Entiendo totalmente y acepto los términos de esta autorización.**

Firma del/de la Paciente/Guardia y Custodia Legal

Fecha

Esta autorización será efectiva hasta un año después de la fecha de la solicitud, al menos que se diga algo diferente.

Para nosotros es necesario hacer preguntas personales para poderle dar un descuento en nuestros servicios. Toda la información es confidencial. Usted tiene que verificar su ingreso cada 12 meses. Cualquier persona que reporte no tener ingresos tiene que verificar la ausencia de ingresos cada 6 meses. Por favor notifique al Centro de Salud de cualquier cambio en su información de contacto e ingreso como se vaya siendo disponible.

1. **Llena cada espacio y ADJUNTA PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS DE UN MES.**

Ingreso y pruebas requeridas se define como:

*Salario y propina:

- Si trabajo en total durante el año de impuestos anterior, se prefiere la forma IRS 1040 Income Tax Return del año previo, o
- Los más recientes recibos de pago que demuestren ingresos brutos de un mes, o
- Una carta del empleador declarando la cantidad de su salario bruto actual de un mes.

*Ingreso del Trabajador Autónomo: Federal Income Tax return (IRS 1040) del año anterior para determinar su ingreso neto.

*Compensación por ser desempleado: Carta de Determinación (determination letter)

*Pagos de beneficios de seguridad social, incluyendo discapacidad: Carta de premio enlistando importe bruto Mensual.

*Pensión Alimenticia: Prueba legal o carta oficial de premio

*Ingreso de jubilación o pensión, incluyendo IRA o retiros 401k: Estados de banco

*Ingreso de inversión, como dividendos o intereses

*Ingreso de alquiler

*Otro tipo de ingreso que se le apliquen impuestos como premios y ganancias de apuestas.

Puede que se calculen los siguientes ingresos para servicios de posibilitar: manutención de los hijos, ingresos ganados por de menores de edad, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios por parte de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), pagos de veteranos con discapacidad, compensación de trabajadores o productos de préstamos (préstamo de estudiante, préstamo de garantía hipotecaria o préstamo del banco).

Si el/la paciente no genera ingresos, la declaración de Prueba de Apoyo tiene que ser firmada por la persona que da el apoyo financiero y entregada junto con la aplicación de asistencia financiera. Pregunte por el formulario si se aplica.

Aplicaciones incompletas y aplicaciones sin documentación de ingresos/apoyo **serán** regresadas y se alentará el proceso drásticamente. **Se le espera que usted pague tarifa completa por los cargos hasta que su aplicación sea completada.**

2. **Hogar se define como:**

Individuos que están casados por la ley y los hijos/hijas de los dependientes. Esto excluye a personas que viven en la misma casa que el/la paciente pero que no dependen económicamente del paciente o no apoyan al paciente económicamente, como compañeros de cuarto u otros no parientes.

3. **Otros adultos en el hogar:** Si usted es una esposa en la casa, comprobación de su ingreso es REQUERIDO. Por favor firme esta aplicación si vive en el hogar y desea ser considerada para el programa Y es un hijo adulto del solicitante. **(Adultos adolescentes dependientes requieren prueba de dependencia IRA 1040);**

Comentarios: Puede usar esta sección para explicar cualquier circunstancia inusual que crea que ayude a su caso.

SOLICITUD PARA ASISTENCIA FINANCIERA- PROGRAMA DE ESCALA MÓVIL

Nombre Oficial: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____

Dirección de Correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Física (si es diferente a la del correo): _____

Correo Electrónico: _____ @ _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Enlista estudiantes de tiempo completo que vivan en la casa: _____

“Familia/Hogar” incluye al solicitante, esposa/o y dependientes.

Por favor vea la parte trasera de esta forma para la definición de familia/hogar y los tipos de ingresos que tienen que ser reportados.

Lista de Miembros de Familia y personas que viven en el hogar. Si necesita más espacio, adjunte una hoja.	Fecha de Nacimiento	Relación al Solicitante	Asegurado Sí o No	Tipos de Ingreso Salario, desempleado, pensionado, Seguridad Social, pensión alimenticia, Ingreso de renta, inversión, otro tipo de ingreso que se le apliquen impuestos.	Cantidad por mes antes de impuestos (autónomo net)
		Si mismo			
					Total Bruto Mensual:

Número de personas que viven en su residencia: _____

Empleador del Solicitante: _____ Cada cuánto se le paga? _____ Fecha de Inicio: _____

Empleador de otro miembro de la casa: _____ Cada cuánto se le paga? _____ Fecha de Inicio: _____

Si desempleado, fecha de la última vez que le pagaron: _____

Si su ingreso es cero, la DECLARACIÓN DE PRUEBA DE APOYO se necesita ser completada por la persona que le esté manteniendo financieramente.

Por favor enliste la cantidad mensual que recibe de:

SNAP Cantidad \$ _____ Manutención de los hijos \$ _____ SSI \$ _____ Beneficio de Veteranos \$ _____ Otro: _____

DECLARACIÓN: La información proporcionada anteriormente está completa, es precisa, y cierta, al mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que, si doy información falsa, retengo información, o fallo en reportar cambios a mi ingreso, quedo descalificado de este programa y puedo ser procesado por perjurio, hurto, y/o fraude. Yo autorizo compartir toda la información que el Centro de Salud necesite para determinar si yo cualifico para asistencia financiera a través del programa de Escala Móvil

Firma del Solicitante:	Fecha:
Firma de Otro adulto y/o Pareja:	Fecha:

PRUEBA DE APOYO

Cualquier persona que este solicitando asistencia financiera sin ingresos tiene que completar esta forma. La forma también tiene que ser firmada por la persona que esté dando el apoyo financiero y entregada junto con la solicitud de asistencia financiera. Descuentos de seis meses en la escala móvil son asignados a pacientes con Declaraciones de Pruebas de Apoyo.

Debe ser completado por el/la paciente:

Yo, _____, declaro que no estoy empleado y no tengo ingreso de cualquier tipo.

Número de dependientes: _____

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Debe ser completado por la(s) persona(s) que brindan el apoyo financiero:

Nombre de persona(s) brindando asistencia financiera (por favor escribe en letra de imprenta):

Relación al paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Yo actualmente brindo lo siguiente a la persona enlistada previamente (chechar lo que aplique):

Albergue _____ Comida _____ Asistencia financiera (recibos) _____

Al firmar esto, yo verifico que, al mejor de mi conocimiento; la persona enlistada previamente no está empleada, no recibe beneficios por estar desempleado y no tiene fuentes de ingreso verificables. Yo comprendo que si doy información falsa puedo ser procesado por perjurio, hurto y/o fraude.

Firma de la persona que brinda asistencia financiera:

_____ Fecha: _____

CONSENSO GENERAL

1. CONSENTIMIENTO PARA PRESENTAR SEGUROS/INFORMACIÓN CORRECTA. Yo autorizó el compartimiento de cualquier tipo de información médica necesaria para procesar mi estado de seguro. Yo doy permiso para que se pueda usar una copia de la autorización en lugar del original. Yo autorizo RAHC a presentar con mi seguro por los servicios prestados. Yo pido que el pago sea hecho directamente a RAHC. Yo certifico que la información que he reportado con respecto a la cobertura del seguro y mi información personal son correctos. Yo comprendo que soy responsable por todos y cada uno de los estados de cuenta que mi compañía de seguro no pague. Yo comprendo que los reclamos pueden ser documentados electrónicamente a través de un portal de Internet con red de seguridad.

2. AVISO HIPPA DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD. Yo afirmo que he recibido y/o he leído el Aviso de Política Efectiva de Privacidad junio 2, 2014 de RAHC. Este documento está disponible en línea para ver o puede ser visto en nuestras oficinas. Si usted quiere que alguien le ayude a revisar este aviso por favor háganoslo saber.

3. AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO: Yo doy mi consentimiento al equipo médico de RAHC para realizar tratamientos médicos de emergencia, tratamiento médico agudo o crónica, atención médica preventiva, atención dental, salud mental y de comportamiento y mantenimiento de salud que se considere medicamento necesario. (Si la persona nombrada anteriormente es un menor de edad al tiempo de consentimiento, un pariente o guardián necesita firmar este consentimiento para tratamiento.) Solamente hay un record de salud electrónico usado entre los miembros del equipo de cuidado primario para tratar su plan de tratamiento y esta información de salud es compartida con los integrantes de este equipo de cuidados primarios. Un “Consultante de Salud para Comportamiento” es un miembro del equipo de cuidados primarios que trabaja junto con su proveedor médico para reconocer y lidiar con las condiciones médicas asociadas con problemas agudos o crónicos mentales y de trastorno emocional.

4. AUTORIZACIÓN PRESUNTO PARA PATÓGENOS DESIGNADOS DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA: Secciones 32.1-45.1 del código de Virginia autorizan al proveedor de seguro de salud hacerle a los pacientes pruebas de VIH y Hepatitis B y C si el trabajador de salud es expuesto a sangre o líquidos del cuerpo del paciente de tal manera que de acuerdo a directrices actuales del Centro de Control de Enfermedades, puedan transmitir los virus VIH o Hepatitis B o C. En el caso que se exponga el trabajador, yo di mi consentimiento para que me apliquen exámenes y compartan mis resultados a la(s) persona(s) expuestas. Pero, yo seré asesorado antes de que a cualquier muestra de mi sangre se le realice la prueba del virus VIH o Hepatitis B o C, y después ya que haya recibido los resultados.

Esta forma de consentimiento será usada de manera de que sea necesaria. Usted pueda revocar o cambiar cualquiera de los consentimientos a cualquier hora. Al firmar electrónicamente en RAHC antes de su primera visita, está reconociendo que:

- 1) A repasado el Consentimiento General de RAHC;
- 2) A repasado le Póliza de Notificación de Privacidad efectuada junio 2, 2104, de RAHC;
- 3) A repasado los Derechos y Responsabilidades de Pacientes de RAHC.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Usted tiene el DERECHO a...

- Escoger el Centro de Salud del Área de Rockbridge para los servicios médico de su familia;
- Ser tratado con respeto y dignidad, independientemente de raza, color, sexo, religión, orientación sexual, origen nacional, discapacidad, o fuente de pago;
- Contar con cuidado médico de calidad que toma en cuenta sus valores personales, espirituales, y culturales;
- Recibir tratamiento confidencial;
- Obtener acceso a servicios de interpretación gratis si no habla inglés;
- Obtener acceso a la información de su historial médico;
- Esperar que nuestros prestadores de servicios médicos escuchen a sus necesidades;
- Recibir información útil e inteligible sobre su diagnóstico, tratamiento, y pronóstico;
- Dar su consentimiento informado antes del comienzo de un procedimiento o tratamiento;
- Rechazar el tratamiento y aprender las consecuencias médicas;
- Contar con una cita dentro de un tiempo razonable;
- Saber todos los costos de los procedimientos y servicios;
- Recibir y entender la ficha de pagos para servicios proveídos;
- Reportar cualquier preocupación sobre el cuidado que ha recibido y anticipar una respuesta a su preocupación.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de...

- Llegar a sus citas o notificar al Centro de Salud rápidamente si necesita cancelarla para que otros pacientes puedan recibir servicios en su lugar;
- Dar información acertada y completa sobre sus quejas o síntomas presentes, enfermedades pasadas, medicamentos, y cualquier otro asunto de la salud;
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por el prestador de servicios médicos;
- Decirle al prestador si no entiende el plan de tratamiento o que debería hacer;
- Notificar rápidamente al Centro de Salud de cualquier cambio en sus datos personales (dirección, número de teléfono, seguro, empleo, otros ingresos, etc.);
- Pagar por los servicios proveídos o hacer los arreglos necesarios para pagar;
- Respetar a los otros pacientes y los empleados del centro de salud;
- Ayudar al Centro de Salud a mantener un ambiente seguro, limpio, y confortable en la oficina: hablando en voz baja, silenciando teléfonos celulares, consumiendo las comidas y bebidas afuera de la oficina, y atendiendo a los niños pequeños;
- Informar a los empleados de cualquier información legal médica, como poder notarial, que impactaría decisiones sobre su cuidado.

ASISTENCIA DEL SEGURO DE SALUD

¡Vuélvase Sano! ¡Hágase Asegurado! El Centro de Salud de Rockbridge ofrece asistencia en persona GRATIS para ayudar a entender el Acto de Cuidado Económico (Affordable Care Act), además de ayudar a completar las solicitudes para Medicaid, las cuales se aceptan todo el año. Si tiene preguntas, llame al Outreach and Enrollment a (540) 464-8700, opción 1.

SERVICIOS DE POSIBILITAR

En el Centro de Salud del Área de Rockbridge, queremos eliminar los obstáculos que inhiben su capacidad de recibir servicios de cuidado de salud y obtener un estilo de vida saludable.

Estamos aquí para ayudarle. Sin importarnos si hay obstáculos para recibir cuidados de salud económicos, problemas con el transporte, la escasez de comida o vivienda buena, dificultades de lectura o lengua, o cualquier otro obstáculo, queremos ayudarle.

Nuestros servicios de posibilitar incluyen:

- Asistencia financiera por el programa de escala móvil para servicios médicos, dentales y servicios de salud integrados
- Asistencia de inscripción con seguro médico privado por el Mercado de seguros médicos y Medicaid.
- Un programa de asistencia de medicamento para pacientes que cualifican por dificultades de pagar por la medicina.
- El programa de La Vida de Cada Mujer (Every Woman's Life, EWL) que ayuda a las mujeres sin seguro médico y de bajo ingreso a acceder a pruebas de cáncer mamario y cervical gratis.
- Servicios de interpretación y traducción.
- Asistencia en transporte – que va al centro de salud y a especialistas a quienes le referimos (dentro o fuera del área de Rockbridge).
- Ayuda para encontrar equipaje médico asequible.
- Información sobre los siguientes recursos:
 - Obtener comida para su hogar
 - Asistencia para vivienda, combustible o servicios públicos (como agua y luz)
 - Tratamiento de abuso de sustancias
 - Violencia doméstica
 - Educación sanitaria

El cuidado de salud no ocurre solamente en el Centro de Salud. También tiene que ver con lo que hace y experimenta usted fuera del Centro de Salud. Queremos hacer todo lo posible para ayudarle a cuidarse.

Para todos los servicios de posibilitar (con la excepción de medicamento y asistencia financiera), hable al Coordinador de Servicios al Paciente al número de teléfono (540) 464-8700, ext. 7117.



ASISTENCIA MÉDICA

El Centro de Salud del Área de Rockbridge ofrece dos programas de asistencia de medicina: el **programa de 340B** y el **programa de asistencia de medicina (Medication Assistance Program (MAP))**.

El programa de **340B** ofrece medicamentos a un precio reducido para pacientes del Centro de Salud sin y con seguro, con excepción de Medicaid. El Centro de Salud tiene una colaboración con Lexington Prescription Center (el centro de recetas de Lexington) para servirle mejor. Fomentamos y promovemos que nuestros pacientes usen el centro de recetas de Lexington para todas sus necesidades de medicamentos. Si no tiene seguro o no cubre todos los medicamentos que usted necesita, usted cualifica para recibir medicamentos y suministros médicos a un precio reducido.

El centro de recetas de Lexington provee servicios completos que incluyen:

- Recoger medicinas y medicamentos por coche
- Solicitudes para reponer sus medicinas y medicamentos
- Entrega a casa
- Representantes disponibles para asistirle en los cargos de seguro
- Oxígeno de casa y equipo para apnea de sueño
- Empleados capaces o terapéuticos de respiración
- Horas extendidas, incluyendo los fines de semana



Transferir su receta es fácil; hable a 540.463.9166 y pida que contacten a su farmacia para cambiar sus recetas.

El programa de asistencia de medicamentos (Medication Assistance Program (MAP)) ayuda a pacientes al proveer acceso a medicamentos que se ofrecen a través de compañías farmacéuticas importantes. Para cualificar para el programa de asistencia de medicina (MAP):

- Tiene que ser paciente del centro de salud del área de Rockbridge
- No puede tener seguro que cubra recetas.
- Debe seguir las instrucciones de su proveedor sobre re-evaluaciones, trabajo de laboratorio, etc.
- Debe tener una cita con su proveedor primario del Centro de Salud cada tres (3) meses al menos que tenga instrucciones diferentes de su proveedor primario del Centro de Salud.
- Debe cualificar con las guías federales de ingreso.
- Debe completar todos los formularios necesarios en el proceso de la re-inscripción anual.
- Debe proveer documentación específica del ingreso de la casa cuando se pida.

*Ojo: un cargo de \$40 se evalúa anualmente para participar en el programa

Si tiene preguntas, por favor, llame a nuestra oficina al número de teléfono 540.464.8700, ext. 7114.