



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PACIENTE

**Por favor, marque los documentos que se indican a continuación. Todos estos documentos son necesarios en esta solicitud.**

Fecha: (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Nombre Formal: \_\_\_\_\_ que aparece en su tarjeta de Identificación o tasas)

- Copia de la identificación de foto: \_\_\_\_\_ Recibido
- Copia del número de Seguro Social o ITIN: \_\_\_\_\_ Recibido
- Cuestionario sobre el cáncer de mama: \_\_\_\_\_ Recibido
- Formulario de perfil del paciente: \_\_\_\_\_ Recibido
- Formulario de perfil del hogar: \_\_\_\_\_ Recibido
- Formulario de Aviso de Práctica de Privacidad: \_\_\_\_\_ Recibido
- Divulgación e información médica: \_\_\_\_\_ Recibido
- Formulario de ayuda financiera de Methodista: \_\_\_\_\_ Recibido
- Documentos de ingresos: \_\_\_\_\_ Recibido
- Carta de denegación de Medicaid De Cáncer de mama y Cervical: \_\_\_\_\_ Recibido
- Copia de la factura de cualquier servicio público: \_\_\_\_\_ Recibido
- Formulario de consentimiento de Testimonio/Fotográfico \_\_\_\_\_ Recibido
- Evaluación de Bienestar de Adultos: \_\_\_\_\_ Recibido
- Notas de Doctor: \_\_\_\_\_ Recibido



Después de recibir su paquete de solicitud **COMPLETA**, tardaremos aproximadamente 10 días hábiles en revisar y procesar su solicitud.

Si usted tiene alguna pregunta mientras completamos la aplicación por favor llame a la oficina al 210-946-9464.

## PERFIL DEL PACIENTE

### POR FAVOR IMPRIMIR

Fecha de solicitud (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguro Social o TIN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Precinto del Condado: \_\_\_\_\_ Ciudad Distrito: \_\_\_\_\_

### MARQUE TODO LO QUE SE APLICA A USTED

Estado civil: Soltero: \_\_\_\_\_ Casado: \_\_\_\_\_ Divorciado: \_\_\_\_\_ Viuda: \_\_\_\_\_ Separada \_\_\_\_\_

Idioma primario: Inglés: \_\_\_\_\_ Español: \_\_\_\_\_ Ambos: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Número de niños: \_\_\_\_\_

Origen Étnico: Africano American: \_\_\_\_\_ Blanco no Hispano: \_\_\_\_\_ Hispano: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_



**Autorización de comunicación (Por favor Completa):**

Estamos comprometidos a proporcionar comunicación privada y eficiente con usted.

Indique el método de contacto preferido: Teléfono o correo electrónico.

Nombre del amigo o pariente local que no vive en la misma dirección (2) número(s) de teléfono apropiado(s). Relación de nombre de contacto de emergencia con el paciente:

(1) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo de contacto de emergencia: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(2) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto de emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_



**Empleador**

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Número de fax del empleador: \_\_\_\_\_

Numero de correo electrónico: \_\_\_\_\_



## CUESTIONARIO SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

¿Tiene seguro médico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, Numero de Póliza, \_\_\_\_\_

Teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigor: \_\_\_\_\_

### **INCLUYA UNA COPIA DE SU SEGURO CON ESTA SOLICITUD**

Copia de todos los procedimientos de patología, mamografía, ultrasonido u otros procedimientos de detección requerido.

Etapas del Cáncer de mama: \_\_\_\_\_

¿Es usted elegible para Medicaid? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Te has sometido a una cirugía de cáncer de mama? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Fecha de la Cirugía: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez has recibido Quimioterapia? Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Fecha del primer tratamiento: \_\_\_\_\_

Por favor, indique la fecha de su quimioterapia más reciente \_\_\_\_\_ ¿Ha completado toda la quimioterapia prescrita? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido radioterapia? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Indique la fecha de su tratamiento de radiación más reciente: \_\_\_\_\_

Proporcione una foto actualizada del paciente y la historia:

---

¿Cómo se enteró de WINGS? \_\_\_\_\_

### **RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de WINGS, (Mujeres involucradas en Nutrir, Dar y Compartir).

Divulgación de la información de la encuesta para subvenciones / financiación, etc.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## PERFIL DEL HOGAR

Fecha de registro del perfil del hogar (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Un padre de familia \_\_\_\_\_ Dos padres de familia \_\_\_\_\_ Jefe de familia \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

Número de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_

Número de niños en el hogar: \_\_\_\_\_

Número total de miembros del hogar: \_\_\_\_\_

CODIGO DE EMPLEO: Estado laboral actual de cada miembro del hogar

- A - Tiempo Completo Empleado
- B - Tiempo parcial empleado
- C - Desempleado/Capaz de trabajar
- D - Desempleado/Jubilado
- E - Desempleado/Discapacitado
- F - Estudiante
- G - Otra FAMILIA

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Código

Ingresos:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**PERFIL FINANCIERO** Incluir información para todos los adultos, incluyendo los 18 años de edad que viven en casa y están empleados.

INGRESOS MENSUALES		GASTOS MENSUALES	
Salario/Salario	\$	Alquiler/Hipoteca	\$
Afdc	\$	Electricidad	\$
Estampillas de alimentos	\$	Gas	
Beneficios del Seguro Social	\$	Agua	\$
SSI	\$	Teléfono	\$
Beneficios del VA	\$	viveres	\$
Ingresos de inversión	\$	Pago de coches	\$
Ingresos de la propiedad de alquiler	\$	Gasolina	\$
Otro	\$	Seguro de coche	\$
Otro	\$	Seguro de vida	\$
Otro	\$	Seguro de salud	\$
Otro	\$	Otros gastos	\$
Total	\$	Total	\$

INGRESOS MENSUALES TOTAL GROSS: \_\_\_\_\_

TOTAL, GASTOS MENSUALES: \_\_\_\_\_

MENSUALES INGRESOS NETO: \_\_\_\_\_

Proporcione cualquier otra información relacionada con sus ingresos, gastos o activos que le gustaría que supiéramos: \_\_\_\_\_

Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y completa. Al firmar a continuación, también acepto que notificaré a WINGS si estoy cubierto por un seguro (incluyendo Medicaid o Medicare), o si hay un cambio significativo en los ingresos de mi hogar. Entiendo que la información que presento sobre mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia está sujeta a verificación por parte de WINGS. También entiendo que si la información que presenté en este documento determinó que es falsa, dicha determinación dará lugar a la denegación de mi solicitud y seré responsable de todos los cargos por cualquier servicio prestado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## DIVULGACIÓN Y INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente solicito \_\_\_\_\_ enviar copias de mi información médica a: Mujeres involucradas en nutrir, dar, compartir Inc. (WINGS).

**WINGS**  
**2929 Mossrock, suite 205**  
**San Antonio, TX 78230**  
**Office: 210 946-9464**  
**Fax: 210-634-1255**

- Por la presente solicito que me proporcionen copias de la información a continuación. Entregaré la información a Women Involved in Nurturing, Giving, Sharing Inc. (WINGS) y seré responsable de la privacidad de las copias.
- Información solicitada:
- Autorizo a WINGS (Women Involved in Nurturing, Giving, Sharing Inc.) a proporcionar mi información personal, financiera o cualquier otra información según sea necesario para el procesamiento de mi inscripción en los Programas de Asistencia Farmacéutica designados a mis médicos prescriptores.
- Autorizo a WINGS (Women Involved in Nurturing, Giving, Sharing Inc.) a usar mi información personal, financiera o cualquier otra información necesaria para mi inscripción en los Programas de Asistencia Farmacéutica designados.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He recibido una copia de la notificación de privacidad de WINGS.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Firma de pacientes o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, devuelva el formulario firmado de Divulgación y Información Médica en el sobre WINGS proporcionado y guarde una copia para sus registros.

Este formulario debe presentarse en el registro permanente del paciente en WINGS





## AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica y financiera sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información.

***Por favor, lea atentamente:***

Este "Aviso de Prácticas de Privacidad" se le proporciona como un requisito de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus", por sus datos). Describe cómo podemos divulgar su información médica protegida, con quién se puede compartir esa información y las salvaguardias que tenemos en vigor para protegerla. Este aviso también describe sus derechos para acceder y modificar su información médica protegida. Se le pedirá que confirme la recepción de este aviso. Nuestra intención es hacerle consciente de la divulgación de su información médica protegida y derechos de privacidad. Si usted se niega a firmar el acuse de recibo, continuaremos proporcionando servicios, sin embargo, divulgaremos su información médica protegida cuando lo autorice la ley.

Nuestro deber: Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información médica protegida y a proporcionarle un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso, sin embargo, nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Este aviso entrará en vigor el 2 de septiembre de 2003 y se aplicará a la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. Usted puede obtener un "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Mujeres Involucradas en Nutrición, Dando, Compartiendo Inc. (WINGS) 2929 Mossrock, suite 205. San Antonio, Texas 78230 o del sitio web de WINGS, [www.texaswings.org](http://www.texaswings.org).

Sus derechos: Usted puede ejercer los siguientes derechos enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de WINGS.

Derecho a inspeccionar y copiar: Usted puede inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida que esté en su expediente médico mientras mantengamos el registro. Tenga en cuenta que hay una tarifa establecida para hacer copias de su expediente médico. Este derecho no incluye la información de inspección y copia recopilada en razonable anticipación o uso en un

Acción o procedimiento penal o administrativo; y cuando el acceso a la información sanitaria protegida está prohibido por la ley.

Derecho a solicitar restricciones: Puede solicitarnos que no divulguemos ninguna parte de su información médica protegida. Las solicitudes deben ser señaladas en la "Autorización para la Divulgación de Información Médica."

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Puede solicitar que nos comuniquemos con usted utilizando un medio alternativo. Acomodaremos su solicitud, si es posible.



Derecho a solicitar una enmienda: Si cree que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar una modificación de su información médica protegida siempre y cuando mantengamos la información.

Derecho a la Divulgación de Cuentas: Usted puede solicitar, por escrito, una lista de las divulgaciones que hemos hecho en su información médica protegida. Las divulgaciones deben haberse hecho después del 2 de septiembre de 2003 (fecha de constitución de LAS ALAS) y no más de seis (6) años antes de la fecha de solicitud. Este derecho se aplica a las divulgaciones distintas de las enumeradas en la página siguiente. Otros usos y divulgaciones se harán sólo con su autorización por escrito y usted hace revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento.

- Podemos usar y divulgar su información médica protegida para coordinar o administrar su tratamiento/servicios. Esto incluye hospitales, clínicas, médicos, otros proveedores/médicos de atención médica, programas de asistencia de farmacia, que pueden involucrarse en su atención o servicios que recibe.
- Podemos usar y divulgar su información médica protegida para obtener el pago de su tratamiento/servicios. Esto incluye las actividades que WINGS realiza antes de coordinar la atención, como determinar la elegibilidad o cobertura para los beneficios y revisar los servicios proporcionados para su necesidad médica. Un ejemplo es determinar la elegibilidad para los servicios WINGS.
- Podemos usar o divulgar su información médica protegida para coordinar actividades para otras actividades relacionadas con la atención médica. Por ejemplo, podemos ponernos en contacto con usted para proporcionarle información sobre alternativas de tratamiento u otros servicios de beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- Podemos usar o divulgar su información médica protegida a su familia involucrada en su atención o para una notificación de emergencia.

Derecho a obtener una copia de este Aviso: Usted puede obtener un "Aviso de Prácticas de Privacidad" de Mujeres Involucradas en Nutrición, Donación, Compartir Inc. (WINGS) 2929 Mossrock, suite 205. San Antonio, Texas 78230 o del sitio web de WINGS, [www.texaswings.org](http://www.texaswings.org).

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**POR FAVOR, GUARDE PARA SUS REGISTROS**

Quejas: Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito al Oficial de Privacidad de WINGS. No se producirá ninguna represalia contra usted por presentar una queja.

Envíe preguntas o comentarios a nuestro Oficial de Privacidad:

**WINGS**  
**2929 Mossrock, suite 205**  
**San Antonio, TX 78230**  
**Office: 210 946-9464**  
**Fax: 210-634-1255**



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TESTIMONIO/FOTO DEL PACIENTE

Yo, \_\_\_\_\_ concedo permiso y doy mi consentimiento a WINGS (Women Involved in Nurturing, Giving, Sharing Inc.) para usar mi testimonio y / o fotografía en todos y cada uno de los materiales de marketing que la organización utiliza, incluyendo pero no limitado a publicaciones impresas, presentaciones multimedia, en sitios web, redes sociales y / o en cualquier medio de distribución. Por la presente renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluyendo cualquier copia escrita, en la que aparezcan mis testimonios/fotos.

Renuncio al derecho a regalías u otra compensación derivada o relacionada con el uso de mi testimonio y mis fotografías.

Entiendo que con mi autorización el testimonio/fotografía firmando a continuación, por la presente reconozco y acepto que he leído y entiendo lo

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### DERECHO A REVOCAR

Por la Presente, reconozco que tengo el derecho de revocar esta Version en cualquier momento dando a WINGS 30 dias de aviso por escrito de mi revoccion y enviandola al Ofical de Privacidad de contacto.

**WINGS**  
2929 Mossrock, suite 205  
San Antonio, TX 78230  
Office: 210 946-9464  
Fax: 210-634-1255



# Methodist Healthcare System Financial Assistance Application

Patient Name \_\_\_\_\_ Patient Account Number \_\_\_\_\_

Telephone Number \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Birth Date (Month/Day/year) \_\_\_\_\_

Employed  
 Unemployed

Employer (Name, Address and Telephone Number) \_\_\_\_\_

Spouse Name \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Birth Date (Month/Day/Year) \_\_\_\_\_

Patient's Father (If patient is a minor) \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Birth Date (Month/Day/Year) \_\_\_\_\_

Patient's Mother (If patient is a minor) \_\_\_\_\_ Social Security Number \_\_\_\_\_ Birth Date (Month/Day/Year) \_\_\_\_\_

A. Wages: Please provide the wages for each of the following persons in your household.

Circle One

Patient	\$ _____	Hr/ Wk/ Month/ Year	Patient's Father	\$ _____	Circle One
			(if patient is a minor)		Hr/ Wk/ Month/ Year
Spouse	\$ _____	Hr/ Wk/ Month/	Patient's Mother	\$ _____	Hr/ Wk/ Month/ Year
			(if patient is a minor)		

B. Other Resources: Please provide the total amount of other resources available to you, including savings accounts, checking accounts, stocks, bonds, etc. \$ \_\_\_\_\_

Please provide the amount of year(y) income you receive from these other resources, including interest income, dividends, rental income, etc. \$ \_\_\_\_\_

C. Family Members: Please provide the number of persons in the patient's household.

D. Income Verification Option: Please provide any of the following types of documentation to verify your income.

- IRS Form W-2
- Employer Verification
- Paycheck Remittance
- Proof of Participation in Governmental Assistance programs such as food stamps, CDIC,
- Tax Return
- Medicaid or AFDC
- Bank Statements
- Social Security or Unemployment Compensation Determination Letters
- Other, Please Describe

(f you are unable to provide one of the sources of income documentation listed above, please explain why this information is not available: \_\_\_\_\_)

I understand Methodist Healthcare System (RNS) may verify the financial information contained in this Financial Assistance Application ("Application") in connection with MHS' evaluation of this Application, and by my signature hereby authorize my employer to certify the information provided in this Application. I also authorize MHS to request reports from credit reporting agencies and the Social Security Administration- certify that this information is true to the best of my knowledge and am aware that falsification of information on this Application may result in denial of financial assistance.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Responsible Party Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

MHS Employee Signature if any part of Financial Assistance Application Completed by an MHS Employee