

Utah Partners for Health

Solicitud de Servicios



Acceso a la atención médica para los necesitados

El modelo de Utah Partners for Health está diseñado para cuidar del que no tiene seguro y tiene bajos ingresos. Es una cooperación de profesionales de la salud y la comunidad para proveer acceso al cuidado de la salud para aquellos quienes necesitan. Los profesionales en nuestro programa donan una parte substancial de sus honorarios. Por favor, agradézcale por su apoyo. Su contribución será una pequeña parte del total de la factura. *Utah Partners for Health es una organización caritativa 501 c3.*

Para calificar, usted debe reunir las siguientes condiciones:

- Vivir en la zona de Magna, West Valley, o Kearns.
- Tener un ingreso para el grupo familiar menor a \$ 35,000 – Necesita presentar el talón de su cheque de sueldo u otro comprobante oficial para verificar.
- No tener ningún tipo de seguro médico.
- Necesitar atención médica

Este formulario deberá ser completado en cada visita. Para calificar por citas adicionales sírvase llamar al 250-9638, interno131.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Nombre del tutor si el paciente es un niño/a _____

Calle _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Empleador _____ Ocupación _____

Teléfono _____ Estado Civil: Soltero Casado Separado: Divorciado: Viudo:

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Cuántas personas viven en su domicilio? _____

¿Cuánto gana cada persona por mes? _____ Ingreso total mensual del Grupo Familiar _____

Grupo étnico: (Seleccione solo uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza: (seleccione uno o mas) Indio/Alaska-Americano Nativo Asiático Afro americano Islas del Pacifico
Caucásico

NECESIDAD MÉDICA (Sírvase describir su necesidad)

DECLARACIÓN SOBRE CONFIDENCIALIDAD

Utah Partners for Health adhiere a las pautas de HIPAA para proteger su información de salud. Nosotros divulgaremos su información médica protegida para proveer, coordinar, o administrar el cuidado de su salud y otros servicios relacionados y para apoyar las actividades de esta Fundación. Divulgación a otros será hecha únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad para objetar, a menos que fuese requerido por ley.

OPCIÓN DE INFORMACIÓN VOLUNTARIA (Esto no es requerido como condición para recibir ayuda)

Marque uno:

- Sí, permitiré a Utah Partners for Health el uso de la atención médica recibida como testimonio en cualquier forma en los medios de comunicación.
- Prefiero que se mantenga confidencial tanto mi situación como la ayuda que reciba en atención médica.

Entiendo que la presentación de esta solicitud servirá como autorización para verificar la información que no se relaciona con mi historia médica divulgada a empleadores, dueños de las casas donde vivo/ví, y agentes de seguros.

Firma _____ Fecha _____

Sírvase retornar la solicitud completa y adjuntos a **Utah Partners for Health, 8211 W. 3500 S, Magna, UT 84044**

Para más información: www.upfh.com o 250-9638 Interno 131.