

Centro de Salud y Derechos Humanos (CHHR)

Formulario de Admisión para el Acceso a Servicios de Salud | Web: healthasright.org

1. Información del Solicitante y Demografía

Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ Tamaño del Hogar: Adultos: ____ Niños: ____

2. Estado de Seguro y Evaluación Financiera

■ VERIFICACIÓN REQUERIDA: Por favor, proporcione los 2 talones de pago más recientes de cada persona que trabaje en el hogar junto con esta solicitud.

Ingreso Anual del Hogar: \$ _____ / año

Estado Actual de Seguro Médico:

- ☐ Sin Seguro / Sin Cobertura
☐ Medicaid / FAMIS
☐ Medicare
☐ Plan Comercial / de Empleador

Obstáculos Financieros Médicos:

- ☐ Tiene una deuda médica/hospitalaria pendiente
☐ No puede pagar los copagos de medicamentos
☐ Perdió la cobertura médica en los últimos 60 días

3. Servicios de Salud Solicitados (Marque todos los que correspondan)

- ☐ Referencias a Clínicas Comunitarias / Atención Primaria
☐ Acceso a Atención Dental y Procedimientos Urgentes
☐ Consejería de Salud Mental / Colocación en Terapia
☐ Apoyo Financiero para Medicamentos Recetados / Copagos
☐ Exámenes de la Vista y Lentes de Bajo Costo
☐ Navegación de Seguros del Mercado Asequible (ACA)

4. Notificación de Privacidad y Autorización

CHHR valora su privacidad. Sus detalles médicos y financieros se mantienen seguros. Al firmar a continuación, otorga permiso a CHHR para compartir los detalles necesarios con clínicas médicas o farmacias asociadas únicamente para coordinar su atención, referencias o acceso a cupones de medicamentos.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

5. PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL INTERNO / TRABAJADOR DE CASO

☐ Solicitud Completa ☐ 2 Talones de Pago Recientes Verificados ☐ Referencia Aprobada ☐ Denegada
Clínica de Referencia Asignada: _____ Límite de Cupón Rx: \$ _____
Firma del Personal: _____ Fecha: _____