APLICACION PARA EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DE MEDI-CAL

Si solamente está aplicando para el Programa de Tuberculosis de Medi-Cal, por favor complete este formulario.

NOTA: Usted debe ser un ciudadano estadounidense o tener un estatus migratorio satisfactorio para recibir los beneficios de este programa.

1. NOMBRE DEL PACIENTE/APLICANTE:		
2. DIRECCION POSTAL:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:
3. SI NO TIENE DIRECCION PERMANENTE, INDIQUE DONDE SE PUEDE LOCALIZAR.		
4. NUMERO DE TELEFONO:		
5. FECHA DE NACIMIENTO:	6. NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	

7. LA LEY DICE QUE DEBEMOS OBTENER SU GRUPO ETNICO E IDIOMA PRINCIPAL. SI NO DESEA COMPLETAR ESTOS PUNTOS, EL CONDADO LO HARA POR USTED. ESTO NO AFECTARA SU ELEGIBILIDAD.

a. Grupo Étnico: ☐ blanco ☐ negro ☐ hispano ☐ filipino ☐ chino
☐ hawaiano ☐ indio asiático ☐ laociano ☐ camboyano
☐ japones ☐ indígena americano o nativo de Alaska ☐ isleño de pacífico
☐ guameño ☐ samoano ☐ vietnamita ☐coreano
☐ Otro (especificar): _____

b. Idioma: ☐ inglés ☐ cantonés ☐ laosiano ☐ tagalo ☐ español
☐ camboyano ☐ vietnamita ☐ lenguaje de signos americano
☐ Otro (especificar): _____

Si el aplicante es menor de 18 años, la información del padre / esposo(a):

ORIGINAL—County Welfare Department *COPY—Provider* *COPY—Patient*

Nombre:		
Dirección:	Ciudad/Estado	Código Postal
DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN Y PERJURIO		
Certifico que entiendo y acepto que debo cumplir con las normas de elegibilidad. Entiendo que las declaraciones que he realizado en este formulario pueden ser comprobadas y verificadas. Declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera, correcta y completa.		
Firma del aplicante o representante autorizado:		Fecha de firma:

ORIGINAL—County Welfare Department *COPY—Provider* *COPY—Patient*

PROGRAMA DE MEDI-CAL DE TUBERCULOSIS

REFERENCIA

COUNTY USE ONLY

EW name: _____

EW number: _____

Case number: _____

Este formulario debe completarse para determinar la elegibilidad de la persona para el Programa de Medi-Cal de Tuberculosis.

Por favor, escriba con letra clara.

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Consiento para que esta información se remita a la oficina de bienestar del condado.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL PADRE/GUARDIAN (si el paciente es menor de 18 años)

➢

SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR

Si la respuesta es «Sí», para cualquiera de las dos preguntas, el paciente,_____, está infectado de tuberculosis.

1. Requiere terapia preventiva para la infección por Tuberculosis. ☐ Si ☐ No
2. Requiere tratamiento para la Tuberculosis activa. ☐ Si ☐ No

ELEGIBILIDAD RETROACTIVA

Esta persona ha estado en tratamiento contra la tuberculosis en los tres meses anteriores a la solicitud.

☐ Si—Fecha de inicio del tratamiento contra la tuberculosis: _____

☐ No

Proveedor o personal de la clínica: Por favor complete el formulario MC 210 A si la respuesta a la pregunta anterior es “si” y el paciente cree tener derecho a beneficios retroactivos.

Si esta persona está infectada con tuberculosis, envíe por correo las partes A, B y C del formulario MC 274 TB a la oficina de bienestar social del condado local para que se determine su elegibilidad para el Programa de Medi-Cal de Tuberculosis.

NOMBRE DEL MEDICO (Por favor selle, imprima, o escriba a máquina.)	NUMERO DE TELEFONO

ORIGINAL—County Welfare Department *COPY—Provider* *COPY—Patient*

TITULO DEL MEDICO	NUMERO DE MEDI-CAL DEL PROVEEDOR	FECHA

DIRECCION DEL PROVEEDOR (Numero/Calle)	CIUDAD/ESTADO	CODIGO POSTAL

FIRMA DEL PROVEEDOR AUTORIZADO

ORIGINAL—County Welfare Department *COPY—Provider* *COPY—Patient*

AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DE MEDI-CAL PARA ASISTENCIA CLÍNICA

Por la presente, designo a cualquier miembro del personal, autorizado por la clínica para realizar funciones de admisión y/o tratamiento, para que me ayude en mi solicitud de prestaciones del Programa contra la Tuberculosis sin coste alguno para mí.

Esta asignación permite al personal autorizado de la clínica a:

- Enviar las verificaciones de las solicitudes al departamento de bienestar social del condado;
- Ayudarme a completar los formularios «Solicitud para el Programa de Tuberculosis de MediCal» y MC210, Declaración de Hechos; y
- Obtener información del departamento de bienestar social del condado sobre el estado de mi solicitud.

Entiendo que no tengo que solicitar los beneficios de Medi-Cal bajo este programa y que no se me negará el tratamiento si decido no solicitarlos. También entiendo que tengo la responsabilidad de completar y firmar la Declaración de Hechos y de proporcionar todas las verificaciones solicitadas antes de que se pueda determinar mi elegibilidad para Medi-Cal.

Por la presente declaro que realizo esta asignación de forma voluntaria y que puedo revocarla en cualquier momento notificándolo a mi asistente social de Medi-Cal y a la clínica.

Firma del solicitante:	Fecha:
Firma del personal clínico autorizado:	Nombre de la clínica:
Dirección de la clínica:	Número de teléfono de la clínica:

ORIGINAL—County Welfare Department *COPY—Provider* *COPY—Patient*