



El horario de la cita de solicitud es de 8:00 a.m. a 2:00 p.m., de Lunes a Viernes
Se necesitan los siguientes elementos para completar su caso:

2 formas de identificación para cada persona en casa:

- Licencia de conducir o identificación por el estado
- Tarjeta de seguro social
- Certificado de nacimiento
- Credencial de elector
- Tarjeta de vacunas
- Registros escolares

Prueba de Residencia (TODO lo que corresponda)

- **Últimos 3 meses** de facturas consecutivas de servicios públicos
- Recibo de renta/pago de casa (**los 3 últimos meses**)
- Declaración del dueño u otra persona que pueda confirmar su residencia

Prueba de ingreso (TODO lo que corresponda)

- Talones de cheques (**los 3 últimos meses**)
- **Verificación de ganancias** de su empleador
- **Si trabaja por cuenta propia, declaración de impuestos federales del año en curso**
- **Carta de adjudicación** o estado actual de la solicitud de SSI y / o RSDI
- **Declaración de apoyo** de quien paga sus gastos de subsistencia

Información Adicional

- **Tarjeta de seguro médico** (Medicaid, Medicare, plan Medicare Advantage, cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, seguro privado o cualquier otro seguro médico) para usted y / o los miembros de su hogar
- **Carta de Adjudicación** (Medicaid, Medicare, TANF, Cupones de Alimentos o cualquier otra ayuda estatal)
- **Carta de Rechazo** (Medicaid, Medicare, TANF, Cupones de Alimentos o cualquier otra asistencia estatal)
- **Estados de cuenta bancarios** (cuentas corrientes y de ahorro) por **los 3 últimos meses**
- **Registro o título del vehículo** para **TODOS** los vehículos y cualquier saldo adeudado en vehículos financiados
- **Si está desempleado**, verificación de registro con la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de cuidado a Indigentes de WSHD



Preferencia de Clínica:
 RMC
 TOPC

Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes
Solicitud de asistencia médica

Preferencia de Farmacia:
 BBS
 WLX

For Office Use Only (Solo para uso de la oficina)

Status <input type="radio"/> Application <input type="radio"/> Review	Date Form 3064 Requested/Issued	Date Identifiable Form 3064 Received	Case Record No.	Appointment Date and Time, if applicable
-----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------	------------------------------------------

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Código postal y núm. de teléfono.	Otro núm. de teléfono con código de área
--------------------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------------

¿Alguna vez ha usado otro nombre? De ser así, indique los nombres que ha usado.

Sí No

Domicilio postal (calle o apartado postal)	Núm. de apto.	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------------------------	---------------	--------	--------	---------------

Dirección postal, si es diferente a la anterior. Si es un domicilio rural, indique cómo llegar.

1. En la tabla a continuación, use el primer renglón para poner información sobre usted. En los otros renglones, ponga la información de todas las personas que viven en la casa con usted, aún si no se consideran miembros del hogar.

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	Núm. de Seguro Social (si lo sabe)	Sexo (Masculino/ Femenino)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Es usted extranjero patrocinado?
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: La palabra "hogar" en las preguntas 2 a 16 se refiere a usted, su cónyuge y cualquier otra persona que viva con usted y con la que tenga una relación legal. No es necesario incluir información sobre las personas que viven con usted pero que no forman parte de su "hogar".

2. ¿En qué condado y estado está ubicado su hogar (dónde está su hogar permanente)?

Condado: _____ Estado: _____ ¿Piensa permanecer en este condado y estado? Sí No

3. Plan de vivienda: Seleccione todas las casillas que correspondan a su hogar.

- Es dueño o está pagando por el hogar
 Vive en una casa que otra persona paga
 No tiene residencia permanente
 Vive con otra persona
 Renta una casa o apartamento
 Cárcel

4. Anote los gastos promedios mensuales de su hogar.

Renta/hipoteca	\$
Servicios públicos (gas, agua, luz)	\$
Teléfono	\$
Servicios de transporte (como gasolina, pagos del carro, autobús)	\$
Impuestos y seguro anuales del hogar	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$
Otro gasto:	\$

¿Paga alguien estos gastos del hogar por usted? Sí No Si contesta que sí, ¿quién? _____

5. ¿Recibe usted o alguien de su hogar alguno de los siguientes beneficios? Sí No

Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) Programa SNAP (estampillas para alimentos) Beneficios de Medicaid

Si contesta que sí, ¿quién recibe estos beneficios? _____

6. ¿Está usted o alguien de su hogar embarazada? Sí No Si contesta que sí, ¿quién está embarazada? _____

7. ¿Tiene usted o alguien de su hogar una discapacidad? Sí No Si contesta que sí, ¿quién tiene una discapacidad? _____

8. ¿Ha solicitado usted o alguien de su hogar Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)?

Sí No Si contesta que sí, ¿quién solicitó estos beneficios y cuándo? _____

9. ¿Tiene usted o alguien en su hogar facturas sin pagar por servicios de atención médica de los últimos tres meses? Sí No

Si contestó que sí, ¿de cuáles meses? _____

10. ¿Tiene usted u otra persona en su hogar cobertura de atención médica (Medicare, seguro médico, Asuntos de Veteranos, Tricare, etc.)?

Sí No Si contesta que sí, ¿quién tiene cobertura? _____

11. ¿Cuánto dinero tiene en su cartera, en su casa, en cuentas bancarias o en otros lugares?

12. ¿Cuántos carros, camiones u otros vehículos tienen usted y los demás miembros de su hogar? A continuación, anote el año, marca y modelo.

Año	Marca y modelo	+
1		-

13. ¿Es dueño o paga usted o alguien de su hogar una casa, un lote, unas tierras u otra propiedad? Sí No

14. En los últimos tres meses, ¿vendió, intercambió o regaló usted u otro miembro del hogar algún dinero o propiedad? Sí No

15. ¿Ha trabajado usted o alguien de su hogar en los últimos tres meses? Sí No Si contesta que sí, ¿quién trabajó? _____

16. En la siguiente tabla anote todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero de una capacitación o trabajo; dinero que cobra por dar alojamiento y comida; dinero regalado, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otras personas; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención infantil, y pagos por desempleo.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del departamento, persona o empleador que aporta el dinero	Cantidad recibida	Frecuencia del ingreso

Las declaraciones que he hecho, incluidas las respuestas que he dado, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en darle al personal que determina el derecho a la participación y al condado cualquier información que sea necesaria para comprobar las declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Estoy de acuerdo en informar de cualquier de los siguientes cambios en un plazo de 14 días:

- Ingresos
- Recursos
- Número de personas que viven conmigo
- Dirección
- Solicitud o participación en SSI, TANF o Medicaid

Me han informado y tengo por entendido que esta solicitud se tramitará sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencia política; que puedo pedir una revisión de la decisión que se tome sobre mi solicitud o la recertificación de asistencia, y que puedo pedir oralmente o por escrito una audiencia imparcial con respecto a cualquier acción que afecte la concesión o la terminación de asistencia.

Tengo entendido que, al firmar esta solicitud, le doy al condado el derecho de recuperar el costo de los servicios de atención médica proporcionados por el condado de cualquier tercero.

Estoy de acuerdo en dar al condado cualquier información que necesite para identificar y localizar todas las otras fuentes de pago de los servicios de salud.

Se me ha informado y entiendo que no cumplir con las obligaciones establecidas podría considerarse una retención intencional de información de mi parte y podría dar lugar a que se recuperen los fondos mediante el reembolso o la presentación de cargos civiles o penales en mi contra.

Antes de firmar, asegúrese de haber dado respuestas completas y correctas. Si el solicitante está casado y su cónyuge es un miembro del hogar, el cónyuge también puede firmar y fechar este formulario aunque sea un miembro del hogar excluido.

 Firma del solicitante

 Fecha

 Firma del cónyuge

 Fecha

 Firma de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604

 Firma del representante del solicitante

 Firma del testigo (si el solicitante firmó con una "X")

 Dirección de la persona que ayudó a llenar el Formulario 3604 (calle, ciudad, estado, código postal):

 Código de área y tel.:

El Programa del Condado de Atención Médica para Indigentes ayuda a la gente a pagar la atención médica que necesita. Su derecho a recibir esta ayuda depende de sus ingresos, sus posesiones, el lugar donde vive, los demás beneficios que reciba o que podría recibir, así como otros factores. Asegúrese de:

1. Incluir su nombre y dirección;
2. Firmar y escribir la fecha en la página 3 de la solicitud, y
3. Responder a tantas preguntas como pueda en esta solicitud.

Entregue o envíe por correo su solicitud hoy mismo, aún si no pueda responder a todas las preguntas.

Sus responsabilidades

Es posible que se le pida que traiga pruebas de lo que escriba en su solicitud o de lo que le diga a la persona que lo entrevistó. Si necesita ayuda para conseguir pruebas, la persona que lo entrevistó le ayudará. A continuación se enumeran ejemplos de alguna información que se le podría pedir que compruebe y los documentos que puede usar como prueba.

Lugar donde vive y donde piensa seguir viviendo: Correspondencia que recibe en su domicilio; expedientes escolares; documentos para votar; recibos de impuestos sobre la propiedad o el pago de alquiler o de hipoteca; licencia de manejar de Texas, y otros documentos de identificación oficiales.

Sus posesiones y el valor que tienen: Avalúos de impuestos sobre los bienes; estimaciones de las agencias de automóviles; anuncios de venta de artículos similares; declaraciones de agentes de bienes raíces, y estados de cuentas bancarias.

Sus ingresos: Comprobantes del pago; talones de cheque; formulario de impuestos W-2 o declaración de impuestos; comprobantes de ventas; declaraciones de los empleadores; cartas de concesión; documentos legales, y declaraciones de personas que le dan dinero.

Otro tipo de cobertura de atención médica: Cartas de concesión o de reclamos; pólizas de seguro de vida; documentos del tribunal, y otros expedientes judiciales.

La información sobre los números de Seguro Social debe proporcionarse si está disponible. La información sobre el sexo (masculino/femenino) no es obligatoria. Esta información no se toma en cuenta para determinar si usted cumple con los requisitos para recibir beneficios.

Debe dar información sobre el seguro médico y cualquier tercero responsable económicamente de los servicios de atención médica pagados por el condado por usted y los miembros de su hogar. Al firmar y presentar esta solicitud, usted concede al condado el derecho de recuperar de cualquier tercero el costo de los servicios de atención médica, que hayan sido prestados por el condado.

Se le podría pedir que solicite los beneficios de Medicaid, Asistencia Temporal a Familias Necesitadas (TANF) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Si se le pide que solicite los beneficios de uno de estos programas o si ya presentó la solicitud, pero está esperando una respuesta, su solicitud de CIHCP podría permanecer pendiente hasta que se determina que no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas. Si no llena los requisitos para recibir beneficios de los otros programas y si contestó todas las preguntas de la solicitud y presentó todas las pruebas solicitadas, su solicitud podrá ser tramitada. Después, el CIHCP tendrá 14 días para determinar si usted reúne los requisitos para recibir beneficios.

Después de presentar su solicitud, debe informar en un plazo de 14 días cualquier cambio de dirección, ingresos, recursos, personas que viven con usted, o si solicitó o recibió Medicaid, TANF o SSI.



POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL DISTRITO DEL HOSPITAL DE WINNIE STOWELL

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO
USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Director de Atención a Indigentes de WSHD llamando al 409-296-1003.

La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida y proporcionar a los pacientes un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. La “información de salud protegida” es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o condición física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Podemos cambiar los términos de nuestro aviso, en cualquier momento. El nuevo aviso será efectivo para toda la información de salud protegida que mantenemos en ese momento. Si lo solicita, le proporcionaremos cualquier Aviso de prácticas de privacidad revisado, ya sea enviándole por correo el Aviso revisado a la dirección que usted proporcione o entregándole un Aviso revisado en nuestra oficina.

1. USOS Y DIVULGACIONES USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA PARA TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Se nos permite usar y divulgar su información médica protegida para operaciones de tratamiento, pago y atención médica como se describe en esta Sección 1. Su información médica protegida puede ser utilizada y divulgada por nosotros y otras personas fuera de nuestra oficina que están involucradas en su atención y tratamiento con el propósito de brindarle servicios de atención médica. Su información de salud protegida también puede usarse y divulgarse para facilitar el pago de sus facturas de atención médica y para respaldar nuestras operaciones.

Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su información médica protegida que tenemos permitido hacer. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina.

- **Tratamiento:** Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o administración de su atención médica con un tercero que ya obtuvo su permiso para tener acceso a su información médica protegida. Por ejemplo, divulgaríamos su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que le brinde atención. También divulgaremos información de salud protegida a otros médicos y proveedores de atención médica que puedan estar atendiendo: es decir, tu información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al que hayas sido referido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticar o tratar usted.

Además, podemos divulgar su información médica protegida de vez en cuando a otro médico o proveedor de atención médica (p. ej., un especialista o un laboratorio) que, a petición nuestra, se involucre en su atención brindándole asistencia con su diagnóstico de atención médica. o tratamiento.



- **Pago:** Su información médica protegida puede usarse, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Esto puede incluir ciertas actividades que un pagador (ya sea una entidad gubernamental o un seguro privado u otro plan de salud) puede realizar antes de aprobar o pagar los servicios de atención médica que le recomendamos, como determinar la elegibilidad o la cobertura de los beneficios del seguro. , revisar los servicios que se le brindaron por necesidad médica y realizar actividades de revisión de utilización. Su información de salud protegida puede usarse, según sea necesario, para obtener un reembolso de un patrocinador que firmó una declaración jurada de apoyo I-864 en su nombre.
- **Operaciones de atención médica:** Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra oficina. Estas actividades incluyen pero no se limitan a: actividades de evaluación de la calidad; actividades de revisión de empleados; formación de estudiantes de medicina, otros profesionales o profesionales no sanitarios; acreditación; Certificación; Licencia; acreditación; y realizar u organizar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información de salud protegida al capacitar y evaluar a nuestro personal. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted y recordarle las próximas citas.
- Si usted es un solicitante de empleo, un empleado actual o un miembro de la familia de un empleado cubierto por el seguro de salud del condado, compartiremos su información de salud protegida con el Departamento de recursos humanos del condado de Collin y/o el departamento de supervisión como parte de las operaciones comerciales de rutina. . Algunos ejemplos de situaciones en las que se compartiría su información son: resultados de exámenes de salud posteriores a la oferta o previos al empleo; resultados de la evaluación del bienestar; resultados aleatorios de detección de drogas; y resultados físicos del Departamento de Transporte.

Compartiremos su información de salud protegida con "socios comerciales" de terceros que realizan diversas actividades (por ejemplo, auditoría, legal) para nosotros. Cada vez que un acuerdo entre nuestra oficina y un socio comercial involucre el uso o la divulgación de su información médica protegida, tendremos un contrato por escrito que contenga términos que protegerán la privacidad de su información médica protegida. Este requisito no se aplicará si el socio comercial es un "componente de atención médica" designado por nuestro órgano de gobierno.

Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que ofrecemos y que pueden ser de su interés. Puede comunicarse con nuestro funcionario de privacidad para solicitar que no se le envíen estos materiales.

- **Emergencias:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida en una situación de tratamiento de emergencia.

a) Otros usos y divulgaciones de la información médica protegida con base en su autorización por escrito

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley permita o exija lo contrario, como se describe a continuación. Puede revocar esta autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto en la medida en que hayamos tomado una medida en función del uso o la divulgación indicados en la autorización.

b) Otros usos y divulgaciones permitidos con los que puede estar de acuerdo u objetar

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida en los siguientes casos. Tiene la oportunidad de aceptar u oponerse al uso o divulgación de toda o parte de su información médica protegida. Si no está presente o no puede aceptar u objetar el uso o la divulgación de la información de salud protegida, podemos, utilizando el juicio profesional, determinar si la divulgación es lo mejor



para usted. En este caso, solo se divulgará la información médica protegida que sea relevante para su atención médica.

- **Otros involucrados en su atención médica:** A menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que usted identifique, su información médica protegida que se relacione directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no está presente o no puede aceptar u objetar dicha divulgación debido a su incapacidad o una circunstancia de emergencia, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro juicio profesional. Podemos usar o divulgar información médica protegida para notificar o ayudar a notificar a un familiar, representante personal o cualquier otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o divulgar su información médica protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre y para coordinar usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

c) Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos que pueden realizarse sin su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar

Podemos usar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su consentimiento o autorización. Estas situaciones incluyen:

- **Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información médica protegida en la medida en que la ley exija el uso o la divulgación. El uso o divulgación se realizará de conformidad con la ley y se limitará a los requisitos pertinentes de la ley. Si lo requiere la ley, se le notificará de dichos usos o divulgaciones.
- **Salud pública:** Podemos divulgar su información de salud protegida para actividades y propósitos de salud pública a una autoridad de salud pública que esté autorizada por ley para recopilar o recibir la información. La divulgación se hará con el fin de controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. También podemos divulgar su información de salud protegida, si así lo indica la autoridad de salud pública, a una agencia de gobierno extranjero que esté colaborando con la autoridad de salud pública.
- **Enfermedades contagiosas:** Podemos divulgar su información de salud protegida, si lo autoriza la ley, a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición.
- **Abuso o negligencia:** Podemos divulgar su información médica protegida a una autoridad de salud pública u otra autoridad gubernamental que esté autorizada por ley para recibir informes de abuso o negligencia infantil. Además, si creemos que usted ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica, podemos divulgar su información médica protegida a la entidad o agencia gubernamental autorizada para recibir dicha información. En este caso, la divulgación se hará de conformidad con los requisitos de las leyes federales y estatales aplicables.
- **Health Oversight:** Podemos divulgar información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como auditorías, investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión que buscan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan el sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales, otros programas regulatorios gubernamentales y leyes de derechos civiles.
- **Administración de Alimentos y Medicamentos:** Podemos divulgar su información de salud protegida a una persona o empresa requerida por los eventos adversos de Alimentos y Medicamentos, defectos o problemas de productos, desviaciones de productos biológicos; rastrear productos; para permitir la retirada de productos; para hacer reparaciones o reemplazos; o para llevar a cabo vigilancia posterior a la comercialización, según sea necesario.



- **Procedimientos legales:** Podemos divulgar información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo en respuesta a una orden de un tribunal judicial o administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada) y en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal, según lo permita la ley. Podemos divulgar información de salud protegida en el curso de cualquier procedimiento legal que busque el reembolso de un patrocinador que firmó una declaración jurada de apoyo I-864 en su nombre.
- **Cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar información de salud protegida, siempre que se cumplan los requisitos legales aplicables, para fines de aplicación de la ley. Dichas divulgaciones incluyen (1) el informe de ciertas lesiones físicas; (2) responder a procesos legales; (3) proporcionar información limitada con fines de identificación y ubicación, (4) proporcionar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley información relativa a las víctimas de un delito; (5) denunciar muertes posiblemente resultantes de una conducta delictiva; (6) denunciar un delito que ocurra en nuestras instalaciones; y (7) denunciar actividades delictivas fuera de nuestras instalaciones que resulten en servicios médicos de emergencia.
- **Médicos forenses, directores de funerarias y donación de órganos:** Podemos divulgar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico con fines de identificación, determinar la causa de la muerte o para que el forense o examinador médico realice otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar información de salud protegida a un director de funeraria, según lo autorice la ley, para permitir que el director de funeraria lleve a cabo sus funciones. Podemos divulgar dicha información con una anticipación razonable de la muerte. La información de salud protegida se puede usar y divulgar con fines de donación de órganos, ojos o tejidos cadavéricos.
- **Investigar:** Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud protegida.
- **Amenaza grave a la salud o la seguridad:** De conformidad con las leyes federales y estatales aplicables, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que el uso o la divulgación son necesarios para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar información de salud protegida si es necesario para que las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley identifiquen o detengan a una persona.
- **Actividad Militar y Seguridad Nacional:** Cuando se aplican las condiciones apropiadas, podemos usar o divulgar información de salud protegida de personas que son personal de las Fuerzas Armadas (1) para actividades que las autoridades de comando militar correspondientes consideren necesarias; (2) con el fin de que el Departamento de Asuntos de Veteranos determine su elegibilidad para recibir beneficios, o (3) a una autoridad militar extranjera si es miembro de ese servicio militar extranjero. También podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para llevar a cabo actividades de inteligencia y seguridad nacional, incluida la prestación de servicios de protección al presidente u otras personas determinadas.
- **Reclusos:** Podemos usar o divulgar su información de salud protegida si usted es un recluso de un centro correccional y creamos o recibimos su información de salud protegida en el curso de brindarle atención.
- **Compensación de trabajadores:** Su información de salud protegida puede ser divulgada por nosotros según lo autoricemos para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores y otros programas similares legalmente establecidos.
- **Inmigrante patrocinado (I-864 Declaración jurada de apoyo):** Su información de salud protegida puede divulgarse como parte de una solicitud de reembolso de una persona que patrocinó su admisibilidad en los Estados Unidos mediante la firma de un I-864 en su nombre. Además, su información de salud protegida puede divulgarse en procedimientos legales públicos si iniciamos procedimientos legales contra



un patrocinador que firmó una declaración jurada de apoyo I-864 en su nombre.

- **Proyecto Access-Collin County, Inc.:** Su información de salud protegida puede divulgarse para brindar continuidad de la atención a través de la participación del condado de Collin en el programa Project Access—Collin County, Inc.
- **Usos y divulgaciones requeridos:** Según la ley, debemos divulgarle a usted y cuando lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos del Título 45, Código de Regulaciones Federales, Partes 160 y 164.

2. SUS DERECHOS

A continuación se incluye una declaración de sus derechos con respecto a su información de salud protegida y una breve descripción de cómo puede ejercer estos derechos.

- **Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida.** Esto significa que puede solicitarnos que no usemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción.

No estamos obligados a aceptar una restricción que usted pueda solicitar. Si creemos que lo mejor para usted es permitir el uso y la divulgación de su información médica protegida, su información médica protegida no será restringida. Si aceptamos la restricción solicitada, no podemos usar ni divulgar su información médica protegida en violación de esa restricción, a menos que sea necesario para proporcionar un tratamiento de emergencia. Además, si usted es un inmigrante patrocinado y necesitamos usar su información de salud protegida para obtener un reembolso de la persona que lo patrocinó con una declaración jurada de apoyo I-864, su información de salud protegida no estará restringida cuando nos comuniquemos con su patrocinador. o emprender acciones legales contra su patrocinador. Con esto en mente, discuta cualquier restricción que desee solicitar con su proveedor de atención médica. Puede solicitar una restricción completando un "Formulario de solicitud de divulgación y restricción de uso", que puede obtener de nuestro Oficial de Privacidad.

- **Tiene derecho a solicitar recibir nuestras comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en una ubicación alternativa.** Responderemos a solicitudes razonables. También podemos condicionar este alojamiento pidiéndole información sobre cómo se manejará el pago o la especificación de una dirección alternativa u otro método de contacto. No le pediremos una explicación sobre la base de la solicitud. Por favor haga esta solicitud por escrito a nuestro Oficial de Privacidad.
- **Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información médica protegida.** Esto significa que puede inspeccionar y obtener una copia de su información de salud protegida que se encuentra en un conjunto de registros designado mientras mantengamos la información de salud protegida. Un "conjunto de registros designado" contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que usamos para tomar decisiones sobre usted.

Sin embargo, según la ley federal, no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información recopilada con anticipación razonable o uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo; e información de salud protegida que está sujeta a cualquier ley que prohíba el acceso a información de salud protegida. Según las circunstancias, la decisión de denegar el acceso puede ser revisable. Comuníquese con nuestro funcionario de privacidad si tiene preguntas sobre el acceso a su registro médico.



- **Es posible que tenga derecho a que modifiquemos su información médica protegida.** Esto significa que puede solicitar una modificación de la información de salud protegida sobre usted en un conjunto de registros designado durante el tiempo que mantengamos esta información. Las solicitudes de enmienda deben hacerse por escrito y deben proporcionar una razón para respaldar cada enmienda solicitada. En ciertos casos, podemos denegar su solicitud de modificación. Si rechazamos su solicitud de enmienda, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionaremos una copia de dicha refutación. Comuníquese con nuestro funcionario de privacidad si tiene preguntas sobre cómo modificar su información de salud protegida.
- **Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones que hemos hecho, si las hubiere, de su información de salud protegida.** Este derecho se aplica a las divulgaciones para fines que no sean tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Excluye las divulgaciones que le hayamos hecho a usted, a familiares o amigos involucrados en su atención, con fines de notificación y para otros fines, según lo permita la ley. Tiene derecho a recibir información específica sobre estas divulgaciones que ocurrieron después del 14 de abril de 2003 y durante los seis años anteriores a su solicitud. Puede solicitar un plazo más corto. El derecho a recibir esta información está sujeto a ciertas excepciones, restricciones y limitaciones.
- **Tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso.** Previa solicitud, incluso si ha aceptado aceptar este aviso electrónicamente.

3. QUEJAS

Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando su queja a la persona nombrada a continuación. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información sobre el proceso de quejas o para presentar una queja, comuníquese con:

- **WSHD Indigent Care Director**
- Phone: 409-296-1003
- Fax: 409-400-4023

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servidores Humanos, o para presentar una queja, comuníquese con:

U.S. Dept. of Health & Human Services, Office for Civil Rights

Medical Privacy, Complaint Division 200 Independence Avenue, SW HHH
Building, Room 509H Washington, D.C. 20201
Phone: 866-627-7748, TTY: 886-788-4989



DISTRITO HOSPITALARIO DE WINNIE STOWELL

POLÍTICA DE FRAUDE/FALSO DECLARACIÓN Y COMPORTAMIENTO PERJUDICIAL

Definición

1. Fraude/Tergiversación” es la tergiversación deliberada de un hecho material con el propósito de adquirir beneficios. Fraude/Tergiversación incluye la falta de notificación al Winnie Stowell Hospital District ("WSHD") de los cambios que afectan la capacidad de un solicitante para participar en el Programa de Asistencia para el Cuidado de Indigentes ("ICAP") de WSHD.
2. Arresto por Delitos de Drogas o Alcohol: El no reportar cualquier arresto o condena por drogas o alcohol al momento de presentar una solicitud para participar en el ICAP o después constituye Fraude/Tergiversación.
3. Lesiones por culpa: No notificar al Distrito de las lesiones sufridas debido a un accidente automovilístico o un asalto en el que el Distrito incurre en gastos médicos relacionados con ese accidente o asalto, a menos que se proporcione la documentación adecuada que demuestre que no hay otra responsabilidad, constituye Fraude/Tergiversación.
4. Notificación de Demanda: La falta de notificación de cualquier demanda por lesiones personales o arreglo en el cual el Distrito incurre en gastos médicos y el cliente de ICAP tiene la oportunidad de recibir o recibir una compensación de seguimiento es Fraude/Tergiversación.
5. “Comportamiento disruptivo” es cualquier lenguaje inapropiado o comportamiento que sea grosero; disruptivo; combativo; amenazar o abusar del personal de WSHD o del personal de cualquier proveedor de atención médica mientras participa en el ICAP de WSHD.

Procedimiento

Cuando el personal del Distrito Hospitalario de Winnie Stowell ("WSHD") tiene motivos para creer que un solicitante del Programa de Asistencia para el Cuidado de Indigentes ("ICAP") ha cometido Fraude/Tergiversación o muestra un Comportamiento disruptivo, se seguirán los siguientes procedimientos:

1. Inmediatamente después de recibir conocimiento de cualquier Fraude/Tergiversación o Conducta disruptiva, el personal de WSHD notificará al cliente de ICAP, por escrito, sobre la supuesta violación de ICAP.
2. El personal investigará todos los casos de sospecha de fraude y recopilará y documentará pruebas.
3. Durante cualquier investigación de Fraude/Tergiversación y/o Conducta disruptiva, el cliente de ICAP no será administrativamente elegible para participar en el ICAP.
4. El personal emitirá sus conclusiones por escrito.
5. Si el Cliente disputa la decisión del personal de WSHD, el Cliente puede apelar la decisión dentro de los noventa (90) días posteriores a la emisión de las conclusiones del personal.
 - a. Las apelaciones se presentarán al WSHD o al Agente del WSHD, Director de Atención a Indigentes del Departamento de Atención Médica para Indigentes del Distrito Hospitalario de Winnie-Stowell y se indicarán los motivos por los que los solicitantes deben ser considerados elegibles.
 - b. El Presidente de la Junta Directiva de WSHD o su designado designado sirven como Oficial de Audiencia.
 - c. El funcionario de audiencias tendrá la autoridad para celebrar una audiencia probatoria o decidir el caso a partir del expediente del caso y la documentación proporcionada, incluidos todos los documentos presentados con la apelación.
 - d. La decisión del Oficial de Audiencia es administrativamente definitiva e inapelable.
 - e. En caso de que el Distrito y el Solicitante o Cliente no puedan resolver la disputa, el Distrito debe presentar un Formulario 106, Solicitud de Resolución de Disputa de Elegibilidad, dentro de los noventa (90) días a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Consecuencia del fraude

Si el personal de WSHD determina que las acusaciones de Fraude/Tergiversación o Conducta disruptiva tienen mérito, el personal de WSHD tiene discreción para disciplinar al Cliente de una manera consistente con la violación del ICAP, que incluye, entre otros:

1. Terminación del ICAP;
2. La devolución de los beneficios del ICAP; y
3. Enjuiciamiento penal bajo el Código Penal de Texas.



**ATENCIÓN MÉDICA PARA INDIGENTES
DEL DISTRITO DEL HOSPITAL DE WINNIE-STOWELL
DECLARACIÓN DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO**

ESTADO DE LA MISIÓN

Atender y equilibrar las necesidades de salud de la comunidad con responsabilidad fiscal.

PURPOSE

Para establecer reglas y procedimientos que permitan a cualquier residente calificado del Distrito Hospitalario de Winnie-Stowell (WSHD) con: 1) un ingreso anual bruto menor o igual al 150 % del Nivel federal de ingresos de pobreza por hogar; y 2) Recursos de menos de \$2,000 y \$3,000 para ciertos residentes ancianos o discapacitados, para participar temporalmente en el Programa de Asistencia para el Cuidado de Indigentes ("ICAP").

POLICY

- A. El WSHD es responsable de los servicios de atención médica según lo dispuesto por la Constitución de Texas y el estatuto que crea el WSHD.
- B. En el caso de que alguna disposición de esta Declaración de política y procedimiento sea más restrictiva que el Capítulo 61 del Código de salud y seguridad de Texas, la WSHD tiene la intención de que el Capítulo 61 reemplace esta Declaración.
- C. El WSHD es el pagador de último recurso de conformidad con la Sección 61.060(c) del Código de Salud y Seguridad (es decir, la Ley de Atención Médica para Indigentes) y no es responsable del pago o la asistencia a un residente elegible en el área de servicio del hospital si cualquier otro fuente de pago pública o privada está disponible. El solicitante no debe ser elegible o potencialmente elegible para ninguna otra cobertura médica. Ejemplo: Medicaid o cualquier otra fuente que no tenga costo para el solicitante. ¡El Programa de Asistencia para el Cuidado de Indigentes de WSHD es el pagador de último recurso!
- D. Si otra fuente de pago no cubre adecuadamente un servicio de atención médica que un hospital público brinda a un residente elegible del área de servicio del hospital, el hospital pagará o brindará el servicio de atención médica para el cual no hay otro pago disponible.



BENEFICIOS DE SERVICIOS MÉDICOS:

SERVICIOS BASICOS:

1. Los servicios que proporcionará ICAP son los servicios básicos requeridos por la Sección 61.028 de la Ley de Atención Médica para Indigentes que incluyen los siguientes:
 - Los servicios médicos incluyen los servicios ordenados y realizados por un médico que se encuentran dentro del ámbito de la práctica de su profesión según lo define la ley estatal.
 - Exámenes físicos anuales una vez por año calendario por un médico o asistente médico. Las pruebas asociadas, como las mamografías, se pueden cubrir con una referencia médica.
 - Vacunas administradas por proveedores de atención médica dentro del WSHD.
 - Los servicios de exámenes médicos incluyen exámenes de presión arterial, azúcar en la sangre y colesterol.
 - Servicios de laboratorio y radiografías ordenados y proporcionados bajo la supervisión personal de un médico en un entorno que no sea un hospital (pacientes internados o ambulatorios).
 - Servicios de planificación familiar o servicios de atención médica preventiva que ayudan a una persona a controlar la fertilidad y lograr una salud general y reproductiva óptima.
 - Servicios de centro de enfermería especializada (SNF) médicamente necesarios ordenados por un médico y proporcionados en un SNF que brinda servicios diarios como paciente hospitalizado.
 - recetas Este servicio incluye hasta tres medicamentos recetados por mes. Las recetas nuevas y resurtidas cuentan por igual para este total de tres (3) medicamentos recetados por mes. Los medicamentos deben ser recetados por un médico u otro profesional dentro del ámbito de la práctica legal.
 - Los servicios de la Clínica de Salud Rural deben ser proporcionados en una clínica de salud rural independiente o en un hospital por un médico, un asistente médico, una enfermera de práctica avanzada o una enfermera visitante.
 - Servicios hospitalarios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados prestados en un hospital de cuidados agudos a pacientes hospitalizados, por o bajo la dirección de un médico, y para el cuidado y tratamiento de pacientes.
 - Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios médicamente necesarios deben prestarse en un hospital de cuidados intensivos a pacientes ambulatorios del hospital, por o bajo la dirección de un médico, y deben ser diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación. Los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios incluyen los servicios del centro quirúrgico ambulatorio en el hospital (HASC).
 - El ICAP del distrito hospitalario de Winnie-Stowell proporcionará medicamentos recetados comprados a proveedores contratados dentro de los límites del WSDH (consulte XI(D). Información sobre medicamentos recetados).

SERVICIOS DE SALUD EXTENDIDOS:

Además de los requisitos del Servicio Básico establecidos de conformidad con la Sección 61.028 del Código de Salud y Seguridad de Texas, el WSHD puede proporcionar otros servicios de atención médica opcionales establecidos que el WSHD determine que son rentables. El(los) servicio(s) de salud extendido(s) provisto(s) es(son):

1. Los Servicios Médicos de Emergencia se definen como un servicio médico cuyo propósito es brindar asistencia inmediata a una condición que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en: 1) poner en grave peligro la salud del paciente; 2) deterioro grave de las funciones corporales; o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.



Winnie Stowell EMS ("EMS") es el proveedor autorizado de WSHD para los servicios de EMS para pacientes en el ICAP de WSHD. Sin embargo, EMS es responsable de manera independiente de determinar el curso de tratamiento y el proveedor de atención médica más apropiados para el cliente de ICAP, según lo establecido por sus políticas y procedimientos para todos los pacientes transportados, incluidos los pacientes clientes de ICAP.

2. Los Servicios de Consejería Psicológica estarán disponibles para los residentes del WSHD que califiquen para asistir a una escuela en el Distrito Escolar Independiente de East Chambers. El proveedor obligatorio para el servicio de consejería será provisto por un Consejero Profesional Licenciado aprobado por la Junta o un Consejero Profesional Licenciado-Pasante.

RESTRICCIONES Y EXCLUSIONES DEL SERVICIO:

1. PROCEDIMIENTOS MÉDICAMENTE NECESARIOS

- a. Dentro de WSHD: Los proveedores de atención médica dentro de WSHD son los proveedores obligatorios de WSHD y todos los procedimientos ambulatorios y/o hospitalizados médicamente necesarios se realizarán dentro de los límites de WSHD, a menos que WSHD especifique lo contrario en esta política.
- b. Fuera del WSHD: los procedimientos para pacientes hospitalizados y ambulatorios médicamente necesarios que no puedan ser realizados por un hospital o proveedor médico dentro de los límites del WSHD pueden tratarse fuera del WSHD sujeto a los siguientes requisitos:
 - Procedimiento declarado "médicamente necesario" por un proveedor de atención médica dentro de los límites del WSHD;
 - Procedimiento referido por el Director de Atención a Indigentes de WSHD, con consideración dada a la recomendación del proveedor de atención médica; y
 - Procedimiento pagado por WSHD sujeto a las reglas establecidas en esta Política; Capítulo 61 del Código de Salud y Seguridad de Texas y las Reglas Administrativas de Texas.

2. TODOS LOS DEMÁS SERVICIOS/PROCEDIMIENTOS

A menos que lo apruebe específicamente el Director de Atención a Indigentes, sujeto a la aprobación y supervisión de la Junta, el ICAP del Distrito Hospitalario de Winnie-Stowell no brindará ni será financieramente responsable de ningún otro servicio, sin importar dónde ni quién lo brinde, incluidos, entre otros:

- a. Cualquier servicio de atención médica que resulte directa o indirectamente del abuso de drogas o alcohol;
- b. abortos; a menos que el médico tratante certifique por escrito que, según su juicio profesional, la vida de la madre está en peligro si el feto llega a término o a menos que el médico tratante certifique por escrito que el embarazo está relacionado con una violación o incesto;
- c. Acondicionadores de aire, humidificadores y purificadores, piscinas, jacuzzis o camas de agua, ya sea recetados por un médico;
- d. Transporte Sanitario Aéreo;
- e. Ayudas para la deambulacion a menos que estén autorizadas por WSHD ICAP;
- f. autopsias;
- g. BiPAP (presión positiva en las vías respiratorias de dos niveles);



- h. Cargos hechos por una enfermera por servicios que puede realizar una persona que no tiene la habilidad y capacitación de una enfermera;
 - i. quiroprácticos;
 - j. Cirugía estética (plástica) para mejorar la apariencia, en lugar de corregir un trastorno funcional; aquí, los trastornos funcionales no incluyen angustia mental o emocional relacionada con una condición física. Todas las cirugías estéticas requieren autorización de WSHD ICAP;
 - k. Máquina de crioterapia para uso doméstico;
 - l. Cuidado de custodia;
 - m. Cuidado dental; excepto para la reducción de una fractura de mandíbula o el tratamiento de una infección oral cuando un médico determina que existe una situación que pone en peligro la vida y remite al paciente a un dentista;
 - n. Dentadura postiza;
 - o. Programas o tratamientos de rehabilitación de drogas o alcohol.
 - p. Drogas, que son:
 - No aprobado para la venta en los Estados Unidos, o
 - Medicamentos de venta libre (excepto con autorización de WSHD ICAP)
 - Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios no comprados a través del programa de medicamentos recetados, o
 - No aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o
 - Dosis que exceden la aprobación de la FDA, o
 - Aprobado por la FDA pero utilizado para condiciones distintas a las indicadas por el fabricante;
 - q. Suministros de equipos médicos duraderos a menos que estén autorizados por WSHD ICAP;
 - r. Equipos de ejercicio (incluso si los receta un médico), equipos vibratorios, piscinas de natación o terapia, hipnoterapia, terapia de masajes, terapia recreativa, inscripción en clubes deportivos o de salud;
 - s. Programas experimentales o de investigación;
 - t. Los servicios de planificación familiar no son pagaderos si existen otras entidades para brindar estos servicios en el WSHD;
 - u. Para atención o tratamiento proporcionado por:
 - Practicante de la Ciencia Cristiana
 - Homeópata
 - Matrimonio, Familia, Consejero Infantil (MFCC)
 - Naturópata
 - v. Asesoramiento o pruebas genéticas;
 - w. Audífonos;
 - x. Trastornos hormonales, masculinos o femeninos;
 - y. Cuidado de hospicio



- z. Admisión hospitalaria para procedimientos de diagnóstico o evaluación, a menos que la prueba no se pueda realizar de forma ambulatoria sin afectar negativamente la salud del paciente;
- aa. Camas de hospital;
- bb. Cargos por alojamiento y comida en el hospital para la admisión la noche anterior a la cirugía, a menos que sea médicamente necesario;
- cc. Una histerectomía solo se realizará por otras razones médicamente necesarias, no por esterilización;
- dd. Inmunizaciones y vacunas que no pueden ser administradas por un proveedor de atención médica dentro del WSHD;
- ee. Infertilidad, estudios de infertilidad, fecundación in vitro o transferencia de embriones, inseminación artificial o cualquier procedimiento quirúrgico para la inducción del embarazo;
- ff. Servicios Legales;
- gg. Servicios médicos, suministros o gastos como resultado de un accidente o asalto de vehículo motorizado, a menos que WSHD sea el último recurso del pagador;
- hh. Más de un examen físico por año por cliente activo;
 - ii. atención obstétrica;
 - jj. control del dolor oriental (acupuntura o acupresión);
- kk. Otros códigos CPT con pago cero o aquellos no permitidos por las pautas para indigentes del condado;
- ll. Terapia de hiperalimentación parenteral como un servicio hospitalario ambulatorio a menos que el servicio se considere médicamente necesario para mantener la vida. La cobertura no se extiende a la hiperalimentación administrada como suplemento nutricional;
- mm. Atención podiátrica a menos que el servicio esté cubierto como un servicio médico cuando lo brinde un médico con licencia;
- nn. Habitación privada de hospital para pacientes internados, excepto cuando:
 - Existe una enfermedad crítica o contagiosa que perturba a otros pacientes y está documentada como tal,
 - Está documentado que no hay otras habitaciones disponibles para una admisión de emergencia, o
 - El hospital solo tiene habitaciones privadas.
- oo. Dispositivos protésicos u ortóticos;
- pp. terapia recreativa;
- qq. Circuncisión de rutina si el paciente tiene más de tres días, a menos que sea médicamente necesario. La circuncisión está cubierta durante los primeros tres días de vida de su recién nacido;
- rr. Pagos separados por servicios y suministros a una institución que recibe un pago de proveedor o tiene una fórmula de reembolso que incluye los servicios y suministros como parte de la atención institucional;
- ss. Servicios o suministros proporcionados con el fin de romper un "hábito", incluidos, entre otros, comer en exceso, fumar, chuparse el dedo;



- tt. Los servicios o suministros proporcionados en relación con la cirugía estética, a menos que estén autorizados para fines específicos por el WSHD o su designado antes de que se reciban los servicios o suministros y sean:
 - Requerido para la pronta reparación de una lesión accidental; o
 - Requerido para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado
- uu. Servicios proporcionados por un pariente inmediato o un miembro del hogar;
- vv. Servicios prestados fuera de los Estados Unidos;
- ww. Servicios prestados como resultado de (o debido a complicaciones resultantes de) cualquier cirugía, servicio, tratamiento o proveedor específicamente excluido de la cobertura en virtud de este manual;
- xx. Cambio de sexo y/o tratamiento con fines transexuales o tratamiento de disfunciones sexuales de insuficiencia que incluye implantes y terapia con medicamentos;
- yy. Terapia sexual, entrenamiento con hipnóticos (incluida la hipnosis), cualquier terapia de modificación del comportamiento que incluya biorretroalimentación, pruebas y terapias educativas (incluida la terapia destinada a mejorar los retrasos en el desarrollo de habilidades motoras) o servicios sociales;
- zz. Asesoramiento social y educativo;
- aaa. espinógrafo o termógrafo;
- bbb. Procedimientos quirúrgicos para revertir la esterilización;
- ccc. Artículos para llevar a casa y medicamentos o medicamentos sin receta;
- ddd. Trasplantes, incluyendo Médula Ósea;
- eee. El tratamiento de las condiciones del pie plano (pie plano flexible) y la prescripción de dispositivos de apoyo (incluidos zapatos especiales), el tratamiento de las subluxaciones del pie y el enrutamiento del cuidado de los pies más de una vez cada seis meses, incluido el corte o la eliminación de callos, verrugas, o callosidades, el corte de uñas y otros cuidados higiénicos de rutina
- fff. Tratamiento de la obesidad y/o para servicios o suministros de reducción de peso (incluidos los programas de pérdida de peso);
- ggg. Cuidado de la vista, incluidos anteojos, lentes de contacto y ojos de vidrio, a menos que estén autorizados por WSHD ICAP. Si se aprueba, los servicios se limitarán a un examen por refracción y un par de anteojos recetados cada 24 meses;
- hhh. Evaluación, rehabilitación o readiestramiento profesional;
 - iii. Lesiones autoinfligidas voluntarias o intento de autodestrucción voluntaria mientras está cuerdo o demente;
- jjj. Sangre completa o concentrado de glóbulos rojos disponible sin costo para el paciente.

**RESPONSABILIDAD MÁXIMA DEL DISTRITO DEL HOSPITAL:****MONTO MÁXIMO DEL BENEFICIO POR AÑO FISCAL (DEL 1 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE)**

En la medida en que WSHD pueda hacerlo financieramente, el monto máximo pagado por WSHD por un beneficiario de ICAP ("Cliente") por cada año fiscal por los servicios de atención médica proporcionados por todos los proveedores de asistencia, incluida la atención hospitalaria, es lo que ocurra primero:

1. \$30,000; o
2. El pago de treinta (30) días de hospitalización y/o tratamiento en un centro de enfermería especializada, si el WSHD brinda servicios de hospital o centro de enfermería especializada al residente.
3. Remisiones de pacientes ambulatorios a la sucursal médica de la Universidad de Texas-Galveston ("UTMB"): La responsabilidad anual máxima de WSHD por Cliente referido a UTMB de conformidad con el Acuerdo Interlocal entre UTMB y WSHD será de \$30,000 por los servicios prestados por UTMB.
4. El estándar de pago está determinado por el día en que se paga la reclamación. Los proveedores aprobados por WSHD ICAP deben dispensar servicios y suministros.

RECETAS INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS:

1. El servicio de medicamentos recetados de WSHD incluye un mínimo de tres medicamentos por mes, independientemente del precio del medicamento, sin incluir los medicamentos experimentales o contra el cáncer. Como alternativa, si un Cliente tiene más de tres medicamentos y el costo de los tres medicamentos es inferior a \$150,00, el WSHD pagará hasta un total de \$150,00 por los medicamentos del Cliente. Por ejemplo, si un Cliente tiene seis (6) recetas que deben surtirse cada mes y tres recetas cuestan \$25.00 cada una (o \$75.00 en total), al Cliente le sobrarán \$75.00 cada mes para usar en otras recetas.
2. La cantidad de medicamentos prescritos depende de la práctica de prescripción del proveedor y de las necesidades del Cliente. Sin embargo, cada receta está limitada a un suministro de treinta (30) días. Los medicamentos nuevos y reabastecidos cuentan por igual para el total de tres medicamentos por mes. Los medicamentos deben ser recetados por un médico u otro profesional dentro del ámbito de la práctica legal. La cantidad de cada prescripción depende de la práctica prescriptora del médico y de las necesidades del Cliente.

EXCLUSIÓN Y LIMITACIONES:

Los servicios de atención médica básicos y extendidos no incluyen servicios y suministros que son:

1. Proporcionado a un Cliente antes o después del período de tiempo en que el Cliente es elegible para el WSHD ICAP;
2. Pagadero por o disponible bajo cualquier cobertura de salud, accidente u otro seguro; por cualquier sistema de beneficios privado o gubernamental; por un tercero legalmente responsable, o bajo otro contrato;
3. Proporcionado por instalaciones médicas militares, instalaciones de la Administración de Veteranos u hospitales del servicio de salud pública de los Estados Unidos;
4. Relacionado con cualquier condición cubierta por las leyes de compensación del trabajador o cualquier otra fuente de pago.



RECONOCIMIENTO POR RECIBO DE POLÍTICAS WSHD

AVISO WSHD DE POLÍTICA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Se me ha proporcionado un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud. He leído y entiendo ese documento. Doy mi consentimiento para el uso y divulgación, por WSHD y sus agentes de mi información médica y de salud y / o información de salud protegida como se indica en el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que WSHD se reserva el derecho de cambiar su Aviso y prácticas con respecto al uso y divulgación de información de salud. Comprendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, pero que WSHD no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas. Mis iniciales indican que he recibido, leído y entiendo las siguientes secciones de esta política.

- (Inicial) 1. Usos y Divulgaciones de Información de Salud Protegida
(Inicial) 2. Sus Rerechos
(Inicial) 3. Quejas

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y leído una copia del Aviso de Política de Privacidad del Distrito Hospitalario Winnie-Stowell, y entiendo su propósito. Entiendo que, como parte de la provisión de servicios de atención médica, WSHD crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial médico y de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención futura o tratamiento, que puede compartirse con mis proveedores de atención médica con el fin de proporcionar mi atención médica. Esta autorización es efectiva por un (1) año a partir de la fecha de firma a continuación.

Firma: _____ Fecha de Firma: _____

WSHD POLÍTICA DE FRAUDE DE CUIDADO INDIGENTE / MAL REPRESENTACIÓN Y COMPORTAMIENTO DISRUPTIVO

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y leído una copia de la Política de fraude, tergiversación y comportamiento disruptivo del Distrito Hospitalario Winnie-Stowell. Entiendo que si el personal de WSHD determina que las acusaciones en mi contra de Fraude / Tergiversación o Conducta disruptiva tienen mérito, el personal de WSHD tiene la discreción de disciplinarme de una manera consistente con la violación del ICAP, que incluye pero no se limita a:

- 1. Terminación del ICAP;
2. El reembolso de los beneficios de ICAP; y
3. Enjuiciamiento penal bajo el Código Penal de Texas

Firma: _____ Fecha de Firma: _____

WSHD POLÍTICA DE CUIDADO INDIGENTE Y SEDE DE PROCEDIMIENTO

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y leído una copia de la Política y Procedimiento de Indigentes del Distrito Hospitalario de Winnie-Stowell. He leído y entiendo el Distrito Hospitalario Winnie Stowell ("Distrito") con fecha del 20 de junio de 2019. Como tal, entiendo el alcance de los servicios de atención médica provistos por el Distrito en sus Declaraciones de Políticas y Procedimientos y entiendo que cualquier servicio de atención médica brindado debe ser administrado por un hospital y / o centro de enfermería especializada dentro de los límites de la WSHD o ser propiedad de la WSHD.

En el caso de que el hospital o centro de enfermería especializada dentro de los límites del WSHD no pueda proporcionar los servicios de atención médica previstos en la Declaración de Política y Procedimientos, acepto obtener el consentimiento previo por escrito del Director de Atención Indigente del Distrito antes de obtener atención médica servicios fuera de los límites de WSHD. También acepto que si no obtengo este consentimiento, soy responsable de cualquier obligación financiera que resulte de la recepción de servicios de atención médica fuera de los límites de WSHD sin el consentimiento por escrito del Director de Cuidado Indigente del Distrito. Sus iniciales indican que ha recibido, leído y comprendido las siguientes secciones de esta política.

- (Initial) 1. Declaraciones de política que identifican las reglas que gobiernan de WSHD ICAP para la provisión de servicios médicos
(Inicial) 2. Servicios Básicos
(Inicial) 3. Servicios de salud Extendidos
(Inicial) 4. Restricciones y Exclusiones del Servicio
(Inicial) 5. Cantidad de Beneficio Máximo por Año Fiscal (del 1 de Enero al 31 de Diciembre)
(Inicial) 6. Información sobre Beneficios de Medicamentos Recetados
(Inicial) 7. Exclusión y Limitaciones

Firma: _____ Fecha de Firma: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Esta autorización describe la información que se puede divulgar hacia o desde el Distrito Hospitalario Winnie Stowell (WSHD) para verificar las declaraciones que ha hecho en su solicitud y para determinar su elegibilidad para el Programa de Asistencia para Indigentes. Por favor léalo atentamente. Sus iniciales indican que ha recibido, leído y entendido cada punto de esta autorización.

(Inicial) 1. Por la presente, doy permiso al Distrito Hospitalario Winnie Stowell ("WSHD") para contactar a cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho en mi solicitud. Entiendo que se contactará a una compañía de verificación de antecedentes y a la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas. Cooperaré plenamente con el personal de WSHD para obtener cualquier información necesaria para verificar las declaraciones sobre mi elegibilidad.

(Inicial) 2. Entiendo que se realizarán visitas aleatorias a domicilio.

(Initial) 3. Yo designo _____ () - _____

Nombre del representante autorizado y parentesco

Número de teléfono

como mi representante autorizado, y doy permiso al WSHD para hablar con ellos en persona o por teléfono en cualquier momento con respecto a mi elegibilidad o beneficios bajo el Programa de Asistencia para el Cuidado Indigente de WSHD ("ICAP").

(Inicial) 4. Doy permiso para que mi asesor legal o la Administración del Seguro Social divulguen información sobre mi solicitud o apelación para los beneficios por discapacidad de SSI.

(Inicial) 5. También doy permiso a cualquier proveedor que me trate para divulgar mis registros médicos al WSHD con el fin de determinar las referencias adecuadas y / o determinar si los servicios prestados cumplen o no con los criterios de pago del WSAP ICAP.

(Inicial) 6. Me han informado y entiendo que si no cumpro con las obligaciones establecidas o el uso ilegal de los beneficios de ICAP puede resultar en la recuperación de cualquier pérdida por reembolso o por la presentación de cargos penales o civiles en mi contra.

Esta autorización es efectiva por un (1) año a partir de la fecha de firma a continuación.

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA CONTROLES DE ANTECEDENTES

/ /

Solicitante (Nombre impreso)

Número de Seguridad Social

Fecha de Nacimiento

/ /

Cónyuge (Nombre impreso)

Número de Seguridad Social

Fecha de Nacimiento

Por la presente, doy permiso al Distrito Hospitalario Winnie Stowell para obtener una verificación de antecedentes de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas, el Departamento de Registro de Vehículos Motorizados, la Oficina de Crédito, LexisNexis, Accurant y cualquier otra fuente que pueda ser contactada para determinar mi elegibilidad para Indigente Programa de asistencia asistencial

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Cónyuge

Fecha

Subscribed and sworn to (affirmed) before me this _____ day of _____, _____

(Day)

(Month)

(Year)

at _____, Notary Public in and for the State of Texas.

(Place of Notary)

My commission expires on _____.

(MM/DD/YY)



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CORREO ELECTRÓNICO Y / O MENSAJES DE TEXTO

Los clientes aprobados para el programa de Cuidado Indigente de WSHD (Winnie Stowell Hospital District) pueden ser contactados por correo electrónico y / o mensajes de texto para recordarles una cita o para comunicar otra información de atención médica.

Al firmar este formulario, usted acepta recibir correos electrónicos y / o mensajes de texto para recordatorios de citas u otras comunicaciones de atención médica.

(Inicial) 1. Entiendo que si, en cualquier momento, le proporciono al Director de WSHD Cuidado Indigente una dirección de correo electrónico y / o un número de teléfono con capacidad de texto, doy mi consentimiento total para recibir mensajes electrónicos de WSHD Cuidado Indigente con respecto a un recordatorio de cita y / o comunicar información de salud a mi dirección de correo electrónico o mi número de texto.

(Inicial) 2. Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos y / o mensajes de texto de WSHD Cuidado Indigente a mi teléfono celular y cualquier otro número de teléfono que pueda reenviarse o transferirse a ese número, con el propósito de un recordatorio de cita u otras comunicaciones y / o información de atención médica.

(Inicial) 3. El número de teléfono celular que autorizo para recibir mensajes de texto para un recordatorio de cita y / u otras comunicaciones y / o información de atención médica es () - .

(Inicial) 4. La dirección de correo electrónico que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico para un recordatorio de cita y / u otras comunicaciones y / o información de atención médica es:

_____.

(Inicial) 5. Entiendo que en caso de que mi número de teléfono y / o dirección de correo electrónico cambien, es mi responsabilidad proporcionarle al Director de WSHD Cuidado Indigente mi nuevo número de teléfono y / o dirección de correo electrónico. No recibir un recordatorio de cita por correo electrónico o mensaje de texto no lo excusa de asistir a su cita programada.

Nombre Impreso del Cliente

Firma del cliente

/ / Fecha

: am/pm Hora

REVOCATION OF MY ABOVE CONSENT:

(Iniciales del Cliente) Por la presente revoco mi consentimiento para futuras comunicaciones por correo electrónico con respecto a los recordatorios de citas y / o cualquier otra comunicación / información importante de atención médica.
(Iniciales del Cliente) Por la presente revoco mi consentimiento para futuras comunicaciones a través de mensajes de texto con respecto a los recordatorios de citas y / o cualquier otra comunicación / información importante de atención médica.

Nombre Impreso del Cliente

Firma del cliente

/ / Fecha

: am/pm Hora