

**PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DE MEDI-CAL
REFERENCIA**

COUNTY USE ONLY

EW name: _____

EW number: _____

Case number: _____

Case name: _____

***Esta forma debe ser completada para determinar la elegibilidad de la persona
para el Programa de Tuberculosis de Medi-Cal.***

Por favor letra molde.

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL — —
---------------------	---------------------------------	---------------------------------

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo consiento que esta información puede ser remitida a la oficina de bienestar del condado.

FIRMA DE PACIENTE O PADRE/GUARDIÁN (si el paciente es menor de 18 años)

**PARA USO DEL PROVEEDOR UNICAMENTE**

Si alguna pregunta es contestada “Sí,” el paciente, _____, esta infectado de Tuberculosis.

1. Requiere terapia preventiva para infección de Tuberculosis. Sí No
2. Requiere tratamiento para Tuberculosis activa. Sí No

ELEGIBILIDAD RETROACTIVA

Esta persona ha estado bajo terapia para Tuberculosis dentro de los últimos tres meses antes de la aplicación.

 Sí—Fecha de la terapia de Tuberculosis comenzó: _____ No

Proveedor o personal de clínica: Por favor de completar la MC 210 A si la pregunta de arriba es “Sí,” y el paciente cree que él o ella es elegible para beneficios retroactivos.

Si esta persona es infectada por la Tuberculosis, por favor de mandar por correo los partes A, B, y C de la forma MC 274 TB a la oficina local de bienestar del condado para una determinación bajo el programa de Tuberculosis de Medi-Cal.

NOMBRE DE MÉDICO (Por favor estampe, letra de molde, o escribir a maquina)		NÚMERO DE TELÉFONO ()
TÍTULO DE MÉDICO	NÚMERO DE MEDICAL DEL PROVEEDOR	FECHA
DIRECCION DEL PROVEEDOR (Número/Calle)	Ciudad	Código Postal

FIRMA AUTORIZADA DEL PROVEEDOR



ORIGINAL—Departamento de Bienestar del Condado

UN COPIA—Proveedor

UN COPIA—Paciente

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS DE MEDI-CAL AUTORIZACIÓN PARA ASISTENCIA EN LA CLÍNICA

Yo aquí designo cualquier personal, autorizado por la clínica, a desempeñar admisión y/o funciones de tratamiento, para asistirme en la aplicación para beneficios del programa de Tuberculosis sin ningún costo a mí persona.

Esta asignación permite al personal autorizado de la clínica a:

- Someter verificaciones solicitados al departamento de bienestar del condado;
- Asistirme en completar la “Aplicación para el Programa de Tuberculosis de Medi-Cal” y los formularios MC 210, “Declaración de Hechos; y
- Obtener información de el departamento de bienestar del condado con respecto al estado legal de mi aplicación.

Yo comprendo que Yo no tengo que aplicar para beneficios de Medi-Cal bajo este programa y que no sere negado tratamiento si Yo escojo en no aplicar. Yo también comprendo que yo tengo la responsabilidad para completar y firmar la Declaración de Hechos y para proveer todas las verificaciones solicitadas antes de que mi elegibilidad de Medi-Cal pueda ser determinada.

Yo aquí afirmo que yo hago este asignamento voluntario y que yo puedo revocarlo en cualquier momento notificando al trabajador de elegibilidad de Medi-Cal y la clínica.

➤ _____
Firma de Solicitante

➤ _____
Firma del Personal Autorizada por la Clínica

Fecha

Nombre de la Clínica

Dirección de la Clínica

()

Número de Teléfono de la Clínica