

## 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.		
<p>a. Grupo Étnico: <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> hispano <input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> hawaiano <input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> laociano <input type="checkbox"/> camboyano <input type="checkbox"/> japones <input type="checkbox"/> indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> isleño de pacífico <input type="checkbox"/> guameño <input type="checkbox"/> samoano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> coreano <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</p> <p>b. Idioma: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> cantonés <input type="checkbox"/> laosiano <input type="checkbox"/> tagalo <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> camboyano <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> lenguaje de signos americano <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</p>		
Si el aplicante es menor de 18 años, la información del padre / espos(a):		

ORIGINAL—County Welfare Department

COPY—Provider

COPY—Patient

Nombre:		
Dirección:	Ciudad/Estado	Código Postal
<b>DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN Y PERJURIO</b>		
<p>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.</p> <p>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.</p>		
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*