

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:																				
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:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> blanco</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> negro</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> hispano</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> filipino</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> hawaiano</td> <td><input type="checkbox"/> indio asiático</td> <td><input type="checkbox"/> laociano</td> <td><input type="checkbox"/> camboyano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> japones</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> isleño de pacífico</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> guameño</td> <td><input type="checkbox"/> samoano</td> <td><input type="checkbox"/> vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> coreano</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> blanco	<input type="checkbox"/> negro	<input type="checkbox"/> hispano	<input type="checkbox"/> filipino	<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): _____			
<input type="checkbox"/> blanco	<input type="checkbox"/> negro	<input type="checkbox"/> hispano	<input type="checkbox"/> filipino																			
<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>b. Idioma:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> inglés</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> cantonés</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> laosiano</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> tagalo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> camboyano</td> <td><input type="checkbox"/> vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> lenguaje de signos americano</td> <td><input type="checkbox"/> español</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> cantonés	<input type="checkbox"/> laosiano	<input type="checkbox"/> tagalo	<input type="checkbox"/> camboyano	<input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> lenguaje de signos americano	<input type="checkbox"/> español	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____											
<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> cantonés	<input type="checkbox"/> laosiano	<input type="checkbox"/> tagalo																			
<input type="checkbox"/> camboyano	<input type="checkbox"/> vietnamita	<input type="checkbox"/> lenguaje de signos americano	<input type="checkbox"/> español																			
<input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| 2. Requiere tratamiento para la Tuberculosis activa. | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 “sí” 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