



Solicitud de inscripción para pacientes

Gracias por su interés en el programa MedAssist. Por favor, complete la solicitud adjunta y devuélvala a MedAssist junto con los documentos requeridos.

Al recibir su solicitud completada, el personal de MedAssist determinará si usted es elegible para asistencia financiera en base a las directrices de nuestro programa y sujeto a los fondos disponibles. Por favor, comprenda que todas las aprobaciones se basan en los fondos disponibles y son por orden de llegada.

Por favor envíe el paquete de solicitud completo a:

Fax: (408) 885-4093

Correo:

Attn: MedAssist
751 S Bascom Ave 3N330
San Jose, CA 95128

Correo electrónico: MedAssist@hhs.sccgov.org

Entrega en persona: Cualquier farmacia ambulatoria operada por el Condado de Santa Clara

VALLEY HEALTH CENTER BASCOM

750 S. Bascom Avenue
San Jose, CA 95128
(408) 885-2320

VALLEY HEALTH CENTER GILROY

7475 Camino Arroyo
Gilroy, CA 95020
(408) 852-2212

VALLEY HEALTH CENTER MOORPARK

2400 Moorpark Ave
San Jose, CA 95128
(408) 885-7675

VALLEY HEALTH CENTER DOWNTOWN

777 E. Santa Clara Street
San Jose, CA 95112
(408) 977-4500

VALLEY HEALTH CENTER LENZEN

976 Lenzen Ave,
San Jose, CA 95126
(408) 792-5170

VALLEY HEALTH CENTER

SUNNYVALE

660 S. Fair Oaks Avenue
Sunnyvale, CA 94086
(408) 992-4830

VALLEY HEALTH CENTER EAST VALLEY

1993 McKee Road
San Jose, CA 95116
(408) 254-6340

VALLEY HEALTH CENTER MILPITAS

143 North Main Street
(408) 957-0919

VALLEY HEALTH CENTER TULLY

500 Tully Road
San Jose, CA 95111
(408) 817-1360

VALLEY SPECIALTY CENTER

751 S. Bascom Ave
San Jose, CA 95128
(408) 885-2310

O'CONNOR OUTPATIENT PHARMACY

2101 Forest Ave
San Jose, CA 95128
(408) 947-2988

Por favor comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud.

Teléfono: (408) 970-2001

Correo electrónico: MedAssist@hhs.sccgov.org

Horario: Lunes a viernes, 9AM a 5PM

www.GetMedAssist.com

Cómo empezar:

¿Qué información necesito?

1. Información de contacto y demográfica del paciente
2. Información sobre la receta médica
 - a. Nombre de la medicina
 - b. Copia de la receta **o** información de la farmacia
3. Información financiera
 - a. Ingresos familiares brutos anuales y tamaño del hogar.
 - b. Gastos de bolsillo por medicamentos recetados del año calendario anterior para medicamentos para la diabetes, inhaladores para el asma y/o auto inyectores de epinefrina.

¿Qué documentos necesito?

Prueba de residencia en el condado de Santa Clara - Proporcionar **UNO** de los siguientes documentos:

- Contrato actual de alquiler/arrendamiento
- Declaración hipotecaria actual
- Factura actual de servicios públicos (agua, electricidad, gas, basura)
- Para las personas sin hogar (completar el formulario de declaración del paciente)
- Registro/matriculación del vehículo
- Licencia de conducir (vigente)
- Carta de apoyo de la persona con la que vive el solicitante y prueba de residencia de esa persona

Prueba de identidad (se requiere una identificación con fotografía) - Proporcione **UNO** de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir vigente
- Pasaporte vigente
- Documento de identificación vigente emitido por el gobierno
- Tarjeta de identificación vigente del trabajo o de la escuela
- Acta de nacimiento junto con una identificación vigente con fotografía

Comprobante de seguro de salud

- Tarjeta de seguro médico

Prueba de la(s) receta(s) válida(s) - Proporcione UNO de los siguientes documentos para cada receta que cumpla los requisitos:

- Copia de la receta médica
- Información de contacto de la farmacia



Staff Use Only: Date: _____ Time: _____

Section 1: Patient Information

Apellido legal:*		Nombre legal*	Segundo nombre legal:	
Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA):*			Número de Seguro Social (SSN):	
Idioma preferido para hablar*:		Idioma escrito preferido*:		
Dirección:*				
Ciudad:*	Estado: CALIFORNIA		Código postal*	
Número de teléfono del domicilio:*			Número de teléfono móvil:	
Dirección de correo electrónico:				
Identidad de género:*				
<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Otro				
Origen étnico:			Raza:*	
<input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Sudamericano			<input type="checkbox"/> El paciente declinó /No puede especificar <input type="checkbox"/> Asiático, filipino <input type="checkbox"/> Asiático, vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco, árabe <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Asiático, chino <input type="checkbox"/> Asiático, laosiano <input type="checkbox"/> Asiático, coreano <input type="checkbox"/> Asiático, camboyano <input type="checkbox"/> Asiático, japonés <input type="checkbox"/> Asiático, indio <input type="checkbox"/> Asiático, pakistaní <input type="checkbox"/> Negro, africano <input type="checkbox"/> Negro, otro	
<input type="checkbox"/> Latinoamericano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Otro hispano o latino <input type="checkbox"/> Declino/no poder especificar		<input type="checkbox"/> Blanco, norteamericano <input type="checkbox"/> Blanco, europeo <input type="checkbox"/> Blanco, de Oriente Medio o del Norte de África <input type="checkbox"/> Negro, afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco, otro <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático, otros <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico, guameño <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico, samoano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico, hawaiano		
¿Cómo se enteró del programa MedAssist?*				
<input type="checkbox"/> Solicitante que regresa <input type="checkbox"/> Amigo o Familiar <input type="checkbox"/> Asesor de asistencia financiera <input type="checkbox"/> Oficina del doctor <input type="checkbox"/> Farmacia: _____		<input type="checkbox"/> página web de SCVMC <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> LinkedIn		<input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> NextDoor <input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____

Sección 2: Información sobre la receta médica

Por favor, liste cada una de sus recetas actuales de las siguientes tres (3) categorías de medicamentos:

- Medicamentos para la diabetes
- Inhalador para el asma
- Auto inyector de epinefrina

Receta 1:		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* <input type="radio"/> Medicamentos para la diabetes <input type="radio"/> Inhalador para el asma <input type="radio"/> Auto inyector de epinefrina		
<i>Si no adjunta una receta impresa con esta solicitud, rellene la siguiente sección:</i>		
Información de la farmacia:		
Nombre de la farmacia:	Número de teléfono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Receta 2:		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* <input type="radio"/> Medicamentos para la diabetes <input type="radio"/> Inhalador para el asma <input type="radio"/> Auto inyector de epinefrina		
<i>Si no adjunta una receta impresa con esta solicitud, rellene la siguiente sección:</i>		
Información de la farmacia:		
Nombre de la farmacia:	Número de teléfono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Receta 3:		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]*		
<input type="radio"/> Medicamentos para la diabetes <input type="radio"/> Inhalador para el asma <input type="radio"/> Auto inyector de epinefrina		
<i>Si no adjunta una receta impresa con esta solicitud, rellene la siguiente sección:</i>		
Información de la farmacia:		
Nombre de la farmacia:	Número de teléfono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Receta 4:		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]*		
<input type="radio"/> Medicamentos para la diabetes <input type="radio"/> Inhalador para el asma <input type="radio"/> Auto inyector de epinefrina		
<i>Si no adjunta una receta impresa con esta solicitud, rellene la siguiente sección:</i>		
Información de la farmacia:		
Nombre de la farmacia:	Número de teléfono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Receta 5:		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* <input type="radio"/> Medicamentos para la diabetes <input type="radio"/> Inhalador para el asma <input type="radio"/> Auto inyector de epinefrina		
<i>Si no adjunta una receta impresa con esta solicitud, rellene la siguiente sección:</i>		
Información de la farmacia:		
Nombre de la farmacia:	Número de teléfono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Receta 6:		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* <input type="radio"/> Medicamentos para la diabetes <input type="radio"/> Inhalador para el asma <input type="radio"/> Auto inyector de epinefrina		
<i>Si no adjunta una receta impresa con esta solicitud, rellene la siguiente sección:</i>		
Información de la farmacia:		
Nombre de la farmacia:	Número de teléfono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Sección 3: Información financiera

Tamaño del hogar	
Número de personas en su hogar, incluido usted mismo, su cónyuge o pareja de hecho y los hijos a su cargo menores de veintiún (21) años, vivan o no en casa.	
Información sobre los ingresos	
Ingresos brutos anuales totales del hogar en el año calendario anterior - combinados de todas las fuentes*	
\$	
Gastos anuales en recetas	
Gastos de su propio bolsillo individuales en medicamentos recetados durante el año calendario anterior: incluya únicamente los gastos de medicamentos para la diabetes, inhaladores para el asma y auto inyector de epinefrina para usted mismo. Guarde la documentación de los gastos de bolsillo en caso de auditoría.	
Medicamento para la diabetes: \$_____	
Inhalador de asma: \$_____	
Autoinyector de epinefrina: \$_____	

Sección 4: Información sobre seguros de salud

Seguro de Salud
¿Cuál de los siguientes planes de seguro de salud tiene actualmente? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No tengo seguro de salud<input type="checkbox"/> Seguro de salud patrocinado por el gobierno (por ejemplo: Medi-Cal, Medicare)<input type="checkbox"/> Seguro de salud privado/comercial<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kaiser Permanente<input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield<input type="checkbox"/> Santa Clara Family Health Plan<input type="checkbox"/> Valley Health Plan<input type="checkbox"/> Otro: _____

A partir del 1 de enero de 2025, usted no reunirá los requisitos para el programa MedAssist si está inscrito en un programa federal de atención médica o en un programa estatal de atención médica.[¹]

Esto incluye, entre otros, los siguientes:

- Medi-Cal (incluyendo Managed Care Medi-Cal, como Santa Clara Family Health Plan y Blue Cross/Blue Shield, así como Medi-Cal Fee For Service)
- MediCare (incluyendo los planes de medicamentos recetados de Medicare Parte D y Planes de Medicare Advantage)
- TRICARE
- VA Health Administration (Administración de Salud para Veteranos)
- Indian Health Service
- Children's Health Insurance Program (CHIP, por sus siglas en inglés) (Programa de Seguro de Salud Infantil)

[¹] Un "Programa Federal de Asistencia Médica" es cualquier plan o programa que proporcione beneficios médicos, ya sea directamente, a través de un seguro o de otro modo, que esté financiado, total o parcialmente, por el Gobierno de los Estados Unidos (a excepción del Programa de Beneficios Médicos para Empleados Federales). Un programa del estado de asistencia médica es (1) un plan de un Estado aprobado en virtud del Título XIX de la Ley (Medicaid), (2) cualquier programa que reciba fondos en virtud del Título V de la Ley o de una asignación a un Estado en virtud de dicho título (Programa de Subvención Global para Servicios de Salud Materno-Infantil), (3) cualquier programa que reciba fondos en virtud del subtítulo A del Título XX de la Ley o de una asignación a un Estado en virtud de dicho subtítulo. (Subvenciones Globales a los Estados para Servicios Sociales), o (4) un plan de un Estado de seguro de salud infantil aprobado en virtud del Título XXI (Children's Health Insurance Program) (Programa de Seguro de Salud Infantil)



AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

1

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Número de identificación o de Expediente Médico: _____
 Domicilio: _____
 Tel: _____

2

AUTORIZACIÓN: Doy permiso para que _____ disponga y entregue a:
 Nombre de quien recibirá la información: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

3

PROPÓSITO: La información de salud divulgada solo podrá usarse para los siguientes propósitos:

4

INFORMACIÓN QUE SERÁ DIVULGADA

A. **Expedientes Médicos** Desde la siguiente fecha: _____ Hasta: _____
 Toda mi información de salud (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamientos); o
 Imágenes o placas Reportes Cobros Dental

B. **Resultados de pruebas de VIH /SIDA** (Se requiere autorización para cada una.) Iniciales: _____

C. **Tratamiento para alcoholismo y drogadicción** (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamiento, cobros, participación en programas) Iniciales: _____

D. **Salud Mental** (diagnósticos, resultados de pruebas, tratamiento, cobros, participación) Iniciales: _____

E. **Otra** _____ Iniciales: _____

5

PREFERENCIA DE ENTREGA:
 Correo Recoger aquí Otra _____

6

FORMA DE ENTREGA:
 Disco Compacto Placa Copias Otra _____

7

VIGENCIA: Esta autorización es válida de inmediato, y lo será hasta esta fecha: _____
 Si no especifico la fecha, esta autorización vencerá a los 12 meses de haberla yo firmado.

8

CANCELACIÓN: Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Tal revocación tendrá que ser (1) por escrito, (2) enviada o entregada al departamento de expedientes médicos (Health Information Management Department 751 S. Bascom Ave., San Jose, CA 95128), y (3) la revocación entra en efecto cuando se reciba en tal departamento. Una revocación no impide acciones que ya hayan sido efectuadas por CSCHS en base a esta autorización, o si la autorización fue requerida para obtener seguro médico y la aseguradora tiene el derecho legal a cuestionar algún servicio. En base al reglamento de WIC Sección 5328, se aceptará una revocación verbal para expedientes relacionados con salud mental. Llame al 408-885-5770.

9

CONDICIONES: Entiendo que las decisiones para tratamiento, cobertura, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios no serán basadas en que dé o no permiso para divulgar mi información, a menos que mi tratamiento incluya investigación científica, o la atención de salud que se me otorga sea para generar información protegida que será divulgada a terceros. También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Una copia de esta autorización tiene la misma validez de la original. Tengo derecho a que se me dé una copia de la misma.

10

REPETICIÓN DE LA DIVULGACIÓN: Quien reciba la información que por esta autorización se divulgue, podría volverla a divulgar. En algunos casos, tales divulgaciones no son prohibidas por las leyes de California, y podrían no estar protegidas por las leyes Federales de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, de acuerdo a al Artículo 42, Parte 2 de CFR, la información protegida continúa estando sujeta a tal protección. Además, en California la ley prohíbe que una persona que recibe mi información de salud la divulgue, a menos yo dé otra autorización para hacerlo, o que tal divulgación sea específicamente requerida y permitida por la ley.

11

Nombre del Paciente o su Representante _____ Firma del paciente o su Representante _____ Relación _____ Fecha _____



AVISO SOBRE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE

ACUSE DE RECIBO

Al firmar este documento, usted admite haber recibido una copia de nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente**. Nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** le da información sobre las maneras en que podríamos usar y divulgar su información de salud, médica o protegida (*protected health information* ó PHI). Por favor léalo detenidamente.

Nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** está sujeto a cambios. Si se efectuaran cambios al documento, pondremos la versión actualizada en un lugar visible en nuestros establecimientos. Usted puede obtener una copia de la versión más reciente del **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** solicitándolo a nuestro personal de Registro o Admisiones (en la recepción, ventanilla o mostrador en donde usted se registra) cuando acuda a cualquiera de nuestros establecimientos para recibir servicios o tratamiento.

Por este medio, acepto haber recibido del Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (*County of Santa Clara Health System* ó CSCHS) el **Aviso sobre la Privacidad del Paciente**.

Fecha: _____

Firma: _____
(paciente/padre ó madre/ representante legal / tutor)

Nombre: _____
(por favor, escriba con letra de molde)

=====

INABILITY TO OBTAIN ACKNOWLEDGEMENT

This portion must be completed only if no signature can be obtained. If it is not possible to obtain the individual's acknowledgement, describe good faith efforts made to obtain the acknowledgement, and the reasons why the acknowledgement could not be obtained.

Fecha: _____

Firma: _____

Términos y condiciones para participar en el programa

1. El paciente ha solicitado o el representante legal del paciente (por ejemplo, padre o tutor) ha solicitado en nombre del paciente, participar en el programa MedAssist. Si el paciente cumple con los criterios de elegibilidad basados en la información proporcionada en la solicitud y hay fondos disponibles, al paciente o al representante legal del paciente se le otorgará una subvención para ayudar con los gastos de atención médica que tiene que pagar de su propio bolsillo como copagos, coaseguro, deducibles y/o primas de seguro médico.
2. Al recibir la subvención de MedAssist, el paciente debe surtir y utilizar las recetas elegibles como se le hayan indicado y utilizar la subvención en las recetas aprobadas por la misma.
3. El paciente o su representante legal entienden que cualquier información falsa proporcionada en la solicitud de MedAssist podría causar la revocación de la subvención en cualquier momento y, además, puede constituir un fraude por el que el paciente o su representante legal pueden ser legalmente responsables.
4. Si MedAssist detecta alguna información inexacta o actividad fraudulenta relacionada con la solicitud del paciente y esta ha sido aprobada, la participación en el programa terminará y MedAssist podrá recuperar la cantidad de ayuda financiera proporcionada al paciente o a su representante legal.
5. El paciente o su representante legal autoriza al Condado de Santa Clara que solicite un informe crediticio y/o verifique cualquier información proporcionada en la solicitud según se considere necesario.
6. MedAssist tiene el derecho en cualquier momento, sin aviso al paciente o a su representante legal, a modificar o discontinuar toda o cualquier parte del programa de MedAssist y/o la subvención.
7. Al paciente o a su representante legal no se les garantiza ni se les promete asistencia financiera, y cualquier asistencia proporcionada por MedAssist se limita a los términos y condiciones establecidos por MedAssist.
8. El paciente o su representante legal se comprometen a notificar por escrito a MedAssist en un plazo de 14 días por correo electrónico (medassist@hhs.sccgov.org) o por correo postal (777 Turner Dr. Suite 330 San José, CA 95128) de cualquier incumplimiento de cualquiera de estos términos y condiciones de participación en el programa o cualquier cambio en la siguiente información:
 - a. Información personal: domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, información de contacto.
 - b. Información de la familia: nacimiento de otro niño o adopción de un niño, muerte en la familia, matrimonio, divorcio, separación legal, registraci3n de pareja dom3stica.
 - c. Estado laboral: p3rdida del empleo, cambio salarial, empleo extra, cambio laboral o salarial de su c3nyugue.
 - d. Ingresos: cambio en los ingresos.
 - e. Seguro m3dico: cambio en el seguro m3dico.
 - f. Gastos anuales en recetas m3dicas: cambios en la(s) cantidad(es) pagada(s) por recetas elegibles.
9. Si presenta la solicitud para usted o en nombre de otra persona, usted y la persona para la que presenta la solicitud deben residir en el Condado de Santa Clara. Debe notificar por escrito a MedAssist de cualquier cambio de residencia en un plazo de 14 d3as por correo electr3nico (medassist@hhs.sccgov.org) o por correo postal (777 Turner Dr. Suite 330 San Jos3, CA 95128).
10. El paciente o su representante legal se comprometen a conservar la documentaci3n de sus gastos de las recetas durante al menos un a3o en caso de una auditor3a por parte del programa MedAssist.

He le3do y acepto cumplir plenamente con los t3rminos y condiciones de la participaci3n en el programa. Entiendo que el no hacerlo puede resultar en la terminaci3n de mi participaci3n en el programa MedAssist.

Certifico bajo pena de perjurio por medio de mi firma que la informaci3n que he proporcionado seg3n lo requerido en este acuerdo es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Nombre del paciente

Nombre del Representante legal del paciente
(si firmar3 en nombre del paciente)

Firma del paciente o de su representante legal

Relaci3n del representante legal con el paciente

Fecha



Formulario de Consentimiento de Comunicación

Nos gustaría confirmar su método de comunicación preferido para comunicarse con el equipo del programa MedAssist. En este momento, tenemos a su disposición una de las tres opciones siguientes para la comunicación:

Yo, _____, acepto el siguiente método de comunicación con el Equipo MedAssist.

- Comunicación no segura por correo electrónico (Al seleccionar esta opción, acepta recibir correos electrónicos sin encriptar del programa MedAssist, y reconoce que comprende el riesgo de acceso no intencionado de terceros a su información médica protegida durante la transmisión de correos electrónicos no encriptados).
- Comunicación segura por correo electrónico (este método requerirá que inicie sesión en un sitio web seguro para leer y responder a nuestros mensajes de correo electrónico)
- Usted desea no utilizar el correo electrónico como método de comunicación con el equipo de MedAssist. Esta opción requerirá que todas las comunicaciones se realicen por correo postal.

Nombre del paciente

Nombre del representante legal del paciente
(si corresponde)

Relación entre el representante legal del paciente
y el paciente (si corresponde)

Firma del paciente o de su representante legal

Fecha



FECHA:

PARA:

DE REFERENCIA:

DE: Programa MedAssist

ASUNTO: Declaración trimestral de MedAssist

Por favor, complete la declaración y el cuestionario para obtener el pago de su próxima subvención. Sus respuestas al cuestionario pueden ser compartidas con un farmacéutico. Su pago se tramitará una vez recibidos la declaración y el cuestionario.

Al firmar a continuación, reconozco que:

1. He recibido una subvención a través del programa MedAssist, y sé que, si las recetas elegibles se resurten regularmente y a tiempo Y me tomo los medicamentos como fueron recetados, Y cumplo con todos los requisitos del programa, recibiré el dinero de la subvención mensualmente.
2. En los últimos 90 días, las recetas que elegibles se han resurtido regularmente y a tiempo Y he tomado los medicamentos como fueron recetados.
3. Doy fe de que las recetas que elegibles seguirán surtiéndose con regularidad y a tiempo, Y de que seguiré tomando los medicamentos como fueron recetados durante los próximos 90 días.
4. Notificaré a MedAssist en un plazo de 14 días sobre cualquier incumplimiento de los requisitos del programa y cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad para participar en MedAssist, como información sobre la familia, cobertura del seguro médico, gastos de recetas, y/o ingresos.
5. En este momento, no tengo ninguna cobertura de medicamentos recetados ni ninguna otra ayuda económica de un programa de atención médica estatal o federal Y si eso cambia, notificaré a MedAssist en un plazo de 14 días.
6. Estoy de acuerdo en reembolsar a MedAssist si recibo el pago después de que ya no reúna los requisitos de elegibilidad del programa.
7. Entiendo que mi inscripción en MedAssist puede afectar a mi elegibilidad para otras prestaciones públicas, y debo consultar a un profesional de impuestos para entender las posibles implicaciones de impuestos de mi subvención.

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que lo anterior es cierto y correcto.

 Nombre del paciente

 Nombre del representante legal del paciente
 (Si firmará en nombre del paciente)

 Firma del paciente o de su representante legal

 Relación del representante legal con el paciente

Fecha: _____



Cuestionario clínico

Solicitud inicial:

¿Ha acudido a la sala de emergencias en los últimos tres (3) meses por no haber tomado su(s) medicamento(s)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
¿Se ha saltado alguna dosis de su(s) medicamento(s) en los últimos tres (3) meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> N/A
Si padece de asma, ¿cree que su asma ha estado bien controlada en los últimos tres (3) meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> N/A
Si padece de diabetes, ¿considera que su diabetes ha estado bien controlada en los últimos tres (3) meses?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> N/A
Si padece de alergias severas, ¿se siente seguro o cómodo para utilizar su auto inyector de epinefrina (EpiPen) en el momento en que lo necesite?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> N/A