

De acuerdo con la Política de ayuda económica de Baptist Health Care, los pacientes pueden enviar una solicitud para pedir ayuda para pagar las facturas médicas que hayan generado en un hospital o en el consultorio de un médico contratado por Baptist Health Care. La aprobación de asistencia para un paciente depende de la situación económica documentada de la persona que está enviando la solicitud y de su grupo familiar, y de los criterios de elegibilidad médica que se describen en la política de ayuda económica.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Teléfono de contacto: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Médico de atención primaria del paciente: _____

¿Es el paciente la persona que se hará cargo de la factura (garante)? Sí _____ No _____
 ¿Tiene el paciente cobertura de algún seguro? (Si respondió Sí, debe completar la INFORMACIÓN DEL SEGURO) Sí _____ No _____
 Si respondió No, ¿es el paciente elegible para la cobertura de su empleador, cónyuge o empleador del padre/madre? Sí _____ No _____
 Si respondió No, ¿perdió el seguro debido a un evento de cambio de vida (pérdida de empleo, matrimonio, divorcio o hijos que ya no están cubiertos por el seguro del padre/madre)? Sí _____ No _____

Si alguna de las respuestas de abajo es sí, presente la información/comunicación adecuada:
 ¿Son los servicios el resultado de un accidente en el lugar de trabajo o un accidente automovilístico? Sí _____ No _____
 ¿Participa en alguna acción legal/litigio? Sí _____ No _____
 ¿Es elegible para los beneficios de COBRA? Sí _____ No _____
 ¿Tiene actualmente un reclamo de discapacidad pendiente? Sí _____ No _____
 ¿Le han denegado Medicaid o cupones de alimentos? Sí _____ No _____
 ¿Está actualmente en proceso de quiebra? Sí _____ No _____
 ¿Trabaja por cuenta propia? Sí _____ No _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____
 Número de póliza del seguro: _____ Número de grupo: _____
 ¿Obtuvo la póliza de seguro mediante un empleador? Sí ___ No ___. Si respondió Sí, nombre del empleador _____
 Empleador del paciente: _____ Teléfono del paciente: _____
 Si el paciente está desempleado, fecha del último empleo: _____

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR DEL GARANTE (mencione a todos aquellos que viven en su grupo familiar, su edad, relación con el Garante y empleador)

Nombre legal	Edad	Relación con el paciente	Fuente de ingresos



INGRESOS: (dé la información de los ingresos y los activos de todos los miembros del grupo familiar)

Fuente de ingresos	Beneficiario	Cantidad bruta mensual
Ingresos devengados (cheque de pago, trabajo por cuenta propia, etc.)		
Propiedad en alquiler/ingresos no devengados (pensión alimenticia, manutención de menores, etc.)		
Seguro Social (pagos/asistencia del gobierno, por ejemplo, SSD, SSR)		
Beneficios por desempleo		
Otra jubilación/pensiones, etc.		
INGRESOS TOTALES:		

Debe presentar uno de los siguientes documentos cuando envíe la solicitud de ayuda económica:

La documentación de ingresos puede incluir el estado de cuenta de cheques de pago más reciente que muestre los ingresos actuales del año hasta la fecha o una verificación por escrito del salario recibido del empleador, prueba de bienestar público, documento de adjudicación de beneficios por desempleo, evidencia de depósito de ingresos mensuales no ganados (estado de cuenta bancario) u otra declaración por escrito de las agencias gubernamentales. Se puede solicitar el formulario 1040 de impuestos sobre ingresos personales del año calendario más reciente. Los activos líquidos se pueden evaluar y se puede pedir la documentación de cualquier activo líquido.

Declaración de comprensión y de acuerdo: La información que estoy proporcionando es verdadera y precisa hasta donde yo sé. Presentaré un proceso de solicitud y colaboraré para recibir cualquier tipo de asistencia gubernamental (Medicare, Medicaid, Ley de salud asequible [Affordable Health Care Act]). Solo usó la ayuda económica de Baptist Health Care como último recurso. Si la información que presentó no fuera cierta, Baptist Health Care puede volver a evaluar mi estado de ayuda económica y tomar las acciones que se consideren necesarias.

Firma del paciente

Fecha

Firma del garante (si no fuera el paciente)

Fecha

Firma del miembro del equipo

Fecha

Solicitud del expediente: Autorización para usar y revelar información médica protegida ("PHI")

Esta autorización se aplicará a todas las siguientes entidades. Baptist Health Care, Inc. Jay Hospital, Inc., Baptist Medical Group, LLC. Baptist Urgent Care, LLC.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N.º de expediente médico	
Dirección del paciente	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Dirección de correo electrónico		

Firmando este formulario, autorizo a revelar la PHI (por ejemplo, expediente médico) como se muestra:

DEL consultorio del médico o centro que está por escrito abajo:	AL centro/persona que está por escrito abajo:
Baptist Health Care, Inc.	<input type="checkbox"/> Marque aquí si es el mismo paciente BHC Patient Financial Services
Hospital, clínica, persona u organización	Hospital, clínica, persona u organización
Attn:	Attn: (para registros de Trastorno por consumo de sustancias, se necesita el nombre de la PERSONA)
Dirección 123 Baptist Way, Pensacola, FL 32503	Dirección 700 E. Gregory Street, Pensacola, FL 32502
Teléfono Fax	Teléfono Fax

La siguiente PHI se puede revelar (marque las casillas de abajo):	Además, autorizo a revelar la siguiente información que puede estar incluida en la PHI:
<input type="checkbox"/> Resumen general (hoja principal, informe del alta, resumen, historia/examen físico, nota quirúrgica, consulta, reportes de patología)	<input type="checkbox"/> Salud conductual
<input type="checkbox"/> Historia y examen físico	<input type="checkbox"/> Prueba genética
<input type="checkbox"/> Consultas	<input type="checkbox"/> Resultado de la prueba de VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Registro de la sala de emergencias	<input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias: describa cuánta y qué tipo de información se puede revelar abajo:
<input type="checkbox"/> Reportes operativos	
<input type="checkbox"/> Notas de la clínica/consultorio – Nombre del médico:	

¿Se necesitan fechas específicas? Fechas

¿Propósito de esta solicitud?	<input type="checkbox"/> Reclamo del seguro <input type="checkbox"/> Propósitos legales <input type="checkbox"/> A solicitud del paciente <input type="checkbox"/> Tratamiento médico – Nombre del paciente: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
--------------------------------------	---

¿Formato de los registros?	<input type="checkbox"/> Recoger <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Disco por \$6.50 <input type="checkbox"/> Impresos - *Recibir por correo postal	*Si se envía por correo, se aplican las tarifas postales vigentes
-----------------------------------	--	---

Envíe el formulario completado por correo postal, correo electrónico o fax a:	Baptist Health Care Financial Assistance P.O. Box 17106 Pensacola, FL 32522	Correo electrónico: financialassistance@bhcpns.org Fax: 850.908.6938 Teléfono: 448.227.3600
--	--	--

- Esta autorización permite a todos y cada uno de los proveedores listados arriba usar y revelar cierta PHI, que incluye el expediente médico, como indiqué. **Comprendo que:**
- Mis registros de trastorno por consumo de sustancias están protegidos según las reglamentaciones federales que rigen la Confidencialidad y los registros de pacientes con trastorno por consumo de sustancias, 42 C.F.R., Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), 45 CFR. pts 160 y 164, y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.
 - Tengo derecho a pedir una lista de las revelaciones de mi información médica, si la pido por escrito.
 - Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a BHC Request of Information, P.O. Box 17804, Pensacola, FL 32522-17804. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado en respuesta a esta autorización o si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro cuando la ley dé a mi aseguradora el derecho a impugnar un reclamo según mi póliza.
 - Excepto para los registros de Trastorno por consumo de sustancias y VIH (SIDA), una vez que se vuelva a revelar mi PHI, el destinatario puede volver a revelarla y la información puede no estar protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.
 - Entiendo que, si me niego a firmar esta autorización, mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se verán afectados.
 - Recibiré una copia de esta autorización.
 - Esta autorización vence el: _____ (Si está en blanco, vence 90 días después de la firma).

Firma del paciente/representante del paciente _____ Fecha _____

Complete la sección de abajo solo si la persona que está pidiendo los registros no es el paciente:		
Nombre del representante	Relación con el paciente	Autoridad legal
Dirección y teléfono del representante	Verificación de identidad (Solo para uso interno)	Verificación de autoridad (Solo para uso interno)

