



## 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 la asistencia financiera en base a las pautas de nuestro programa y sujeto a los fondos disponibles. Por favor, comprenda que todas las aprobaciones se basan en los fondos disponibles y están en un orden de llegada.

### Envíe el paquete de solicitud completo a:

**Fax:** (408) 885-4093

**Correo:** Attn: MedAssist  
777 Turner Dr, Suite 330  
San Jose, CA 95128

**Correo electrónico:** [MedAssist@hhs.sccgov.org](mailto:MedAssist@hhs.sccgov.org)

**Entregarlo en persona:** Cualquier farmacia de Pacientes para pacientes externos de Santa Clara Valley Healthcare

#### 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  
Milpitas, CA 95035  
(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

**Comuníquese con nosotros si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud.**

**Phone:** (408) 970-2001

**Email:** [MedAssist@hhs.sccgov.org](mailto:MedAssist@hhs.sccgov.org)

**Hours:** Monday – Friday, 9AM – 5PM

[www.GetMedAssist.com](http://www.GetMedAssist.com)

## Como empezar:

### ¿Qué información necesito?

1. Información demográfica y de contacto 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. Estimación de los ingresos brutos anuales del hogar y del tamaño del hogar
  - b. Estimación de los gastos de atención médica del año anterior que salieron de su bolsillo
  - c. Gastos de salud del año anterior que salieron de su bolsillo. Los gastos de atención médica que salieron de su bolsillo incluyen:
    - Copagos médicos y de medicinas
    - Primas de seguro

### ¿Qué documentos necesito?

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

- Contrato actual de alquiler/arrendamiento
- Contrato actual de la cuenta de la hipoteca
- Factura actual de servicios públicos (agua, electricidad, gas, basura)
- Sin hogar (Completar el formulario de declaración del paciente)
- Registro del vehículo
- Licencia de conducir (actual)
- 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 válida
- Pasaporte válido
- Tarjeta de identificación válida emitida por el gobierno
- Tarjeta de identificación válida del trabajo o de la escuela
- Certificado de nacimiento junto con una identificación válida con fotografía

Prueba de ingresos - Proporcione **TODOS** las que correspondan a toda su unidad familiar para el año natural anterior:

- **Declaración de impuestos reciente (necesario)**
- Talones de cheques (al menos dos (2))
- Formulario W-2
- Carta de adjudicación (Seguro Social, Discapacidad, Desempleo, Compensación al Trabajador)
- Declaraciones de ingresos en efectivo (incluyendo las propinas)
- Declaración de beneficios militares
- Recibos de ingresos por alquiler

Prueba de la(s) receta(s) válida(s) - Proporcione UNO de los siguientes elementos 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):*			Idioma de preferencia:*		
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		<input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero		<input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro	
Origen étnico:*			Raza:*		
<input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> español <input checked="" type="checkbox"/> Mexicano Centroamericano <input type="checkbox"/> Sudamericano		<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"/> Declinar/no poder especificar		<input type="checkbox"/> El paciente declino /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"/> 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?*					
Solicitante que regresa Amigo o Familiar Asesor de asistencia financiera Oficina del doctor Farmacia: _____		página web de SCVMC Instagram Facebook LinkedIn		Periódico NextDoor 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
- \_ Autoinyector de epinefrina

<b>Receta 1:</b>		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* Medicamentos para la diabetes Inhalador para el asma Autoinyector 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:

<b>Receta 2:</b>		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* Medicamentos para la diabetes Inhalador para el asma Autoinyector 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:

<b>Receta 3:</b>		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* Medicamentos para la diabetes Inhalador para el asma Autoinyector 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 telefono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

<b>Receta 4:</b>		
Nombre de la Medicina*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* Medicamentos para la diabetes Inhalador para el asma Autoinyector 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 telefono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal

<b>Receta 5:</b>		
Nombre de la Medicina:*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* Medicamentos para la diabetes Inhalador para el asma Autoinyector 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 telefono de la farmacia:	
Dirección de la farmacia:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

<b>Receta 6:</b>		
Nombre de la Medicina*		
Categoría del medicamento: [seleccione una]* Medicamentos para la diabetes Inhalador para el asma Autoinyector 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 telefono 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 de ingresos	
Total de ingresos brutos anuales del hogar en el año anterior - <i>combinados de todas las fuentes*</i>	
\$	
Gastos anuales de cuidado médica	
Gastos en su hogar de cuidado médico que salieron de su bolsillo - <i>esto incluye sus copagos médicos y de recetas, primas de seguro*</i>	
\$	



**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 confirma haber recibido una copia de nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente**. Nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** le proporciona información sobre cómo podríamos usar y divulgar su información de salud, médica ó protegida (protected health information ó PHI). Por favor, léalo detenidamente.

Nuestro **Aviso sobre la Privacidad del Paciente** está sujeto a cambios. Si hacemos cambios al aviso, nosotros publicaremos la versión actualizada en nuestras instalaciones. 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 donde usted se registra) cuando acuda a cualquiera de nuestros establecimientos para recibir servicios ó 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.*

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

(Representative of CSCHS)

Title: \_\_\_\_\_

### Términos y Condiciones de la Participación en el Programa

1. El paciente ha solicitado o ha otorgado el permiso a un representante para que solicite a nombre del paciente para participar en el programa MedAssist. Si el paciente cumple los criterios de elegibilidad basados en la información proporcionada en la solicitud y están disponibles los fondos, al paciente se le otorgará un subsidio para ayudar con los gastos de atención médica que tiene que pagar de su propio bolsillo como copagos, coseguro, deducibles y/o primas de seguro.
2. El que el paciente reciba la subvención MedAssist está sujeto a que el Paciente surta y utilice su(s) receta(s) elegible(s) según lo prescrito.
3. El paciente entiende que cualquier información falsa proporcionada en la solicitud de MedAssist podría dar lugar a la revocación del subsidio en cualquier momento y, además, puede constituir un fraude por el que el paciente puede ser legalmente responsable.
4. Si MedAssist se da cuenta de alguna información inexacta o actividad fraudulenta relacionada con la solicitud del paciente y se aprueba la solicitud, la participación en el programa terminará y MedAssist puede recuperar la cantidad de asistencia financiera proporcionada al paciente o a su representante legal.
5. El paciente autoriza a SCVHHS que solicite un informe crediticio y/o verifique cualquiera de la 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 el subsidio.
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 compromete a notificar a MedAssist por escrito dentro de 14 días naturales a través de correo electrónico (medassist@hhs.sccgov.org) o por correo (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, mudanza de la residencia del niño, muerte en la familia, matrimonio, divorcio, separación legal, registración de pareja doméstica
  - c. Estado laboral: pérdida del empleo, cambio salarial, empleo extra, cambio laboral o salarial de su esposo
  - d. Ingresos: cambio de ingresos, inversiones o activos, obtención de una herencia o pensión, compra o venta de propiedad
9. Si presenta la solicitud para sí mismo o en nombre de otra persona, usted y la persona para la que presenta la solicitud deben residir en el condado de Santa Clara. Usted debe notificar a MedAssist por escrito dentro de 14 días naturales a través de correo electrónico (medassist@hhs.sccgov.org) o por correo (777 Turner Dr, Suite 330 San José, CA 95128) de cualquier cambio de residencia.

He leído y acepto cumplir plenamente con los Términos y Condiciones de la Participación en el Programa. Entiendo que el no hacerlo puede resultar en la terminación de mi participación en el programa de MedAssist.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente  
(si firmara en nombre del paciente)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante legal del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal con el paciente

\_\_\_\_\_  
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 que reúnen los requisitos se resurten regularmente y a tiempo Y me tomo los medicamentos según lo prescrito, recibiré el dinero de la subvención todos los meses.
2. En los últimos 90 días, las recetas que cumplen los requisitos se han resurtido regularmente y a tiempo Y he tomado los medicamentos según lo prescrito.
3. Doy fe de que las recetas que reúnen los requisitos seguirán surtiéndose con regularidad y puntualidad Y de que seguiré tomando los medicamentos según lo prescrito durante los próximos 90 días.
4. Notificaré a MedAssist en el plazo de una (1) semana sobre cualquier incumplimiento de los requisitos del programa y cualquier cambio que pueda afectar a mi elegibilidad para participar en MedAssist, como información sobre el hogar, situación laboral y/o ingresos.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente/representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Cuestionario clínico

### **Initial Application:**

¿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	
En los últimos tres (3) meses, ¿ha dejado de tomar alguna dosis de su(s) medicamento(s)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> N/A
Si tiene asma, ¿considera 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 tiene 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 graves, ¿se siente preparado(a) al utilizar el autoinyector de epinefrina (EpiPen) al momento de necesitarlo?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> N/A