



MercyHealthClinic

¡Te damos la bienvenida como paciente de Mercy!

CÓMO APLICAR

Las Aplicaciones se pueden recoger en Mercy durante el horario de la clínica:

Lunes a Miércoles: **8:30 am - 4:00 pm**
Martes a Jueves: **8:30 am - 7:00 pm**

Aceptamos y verificamos las Aplicaciones
Miércoles de **12:00 pm a 3:00 pm** y
Viernes de **9:00 am a 12:00 pm**.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Puedes ser elegible si:

- Vives en el Condado de Montgomery
- Tienes 18 años o más
- **No calificas** para un seguro de salud
- Tienes un ingreso bajo

QUÉ NECESITAS TRAER:

Identificación con foto (**pasaporte, licencia, ID de casa de Maryland etc**)

PRUEBA DE INGRESOS (Prueba de ingresos aceptable)

- Declaración de impuestos federales firmada/W2 (año actual)
- Últimos 4 talones de pago
- Carta de desempleo
- Carta firmada por su empleador indicando su salario
- Carta de apoyo económico de un amigo o familiar

PRUEBA DE QUE VIVES EN EL CONDADO DE MONTGOMERY (Prueba Aceptable de Residencia)

- Hipoteca, contrato de arrendamiento o factura de impuestos sobre la propiedad
- Factura de servicios públicos/cable/internet con nombre completo y dirección (factura de celular no aceptada)
- Registros escolares
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado de Maryland
- Declaración Impuestos federal firmada/W2 (año actual)
- Talones de pago recientes con nombre y dirección
- Carta del arrendador con prueba de residencia del anfitrión (bill de utilidad)



ELIGIBILITY STAFF PAPERWORK

New /Reapplying Patient

Full Name (as per ID) / *Nombre Completo*

DOB/Fecha de Nacimiento

1. Are you a Greencard holder for **less** than **5 years**?/ *Tiene residencia permanente menos de 5 años?* ☐ Yes / Sí ☐ No

2. Do you have a Social Security Number?/ *¿Tiene un número de Seguro Social?* ☐ Yes / Sí ☐ No

If through TPS, NACARA, DACA, or other, specify:/ *Si es por TPS, NACARA, DACA, u otro, especifique:* _____

3. Do you have health insurance? *¿Tiene o ha tenido seguro médico en el pasado?* ☐ Yes / Sí ☐ No

If yes, name of the insurer:/ *Si contestó sí, nombre del seguro:* _____

4. Have you been a patient at another clinic in the past 2 years?/ *¿Ha sido paciente de alguna otra clínica en los últimos 2 años?* ☐ Yes / Sí ☐ No *If yes, name of the clinic:/ Si contestó sí, nombre de la clínica:* _____

5. Are you financially dependent on someone else? / *¿Dependes económicamente de otra persona?* ☐ Yes / Sí ☐ No

***** (FOR MERCY STAFF USE ONLY) *****

☐ Full-Time ☐ Part-Time ☐ Unemployed

Total combined annual income of all employed individuals \$ _____ Total # of people _____

Notes: _____

Please check the documentation provided for proof of address, income, and age for each Patient.

Proof of Address

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Driver's License | ☐ Letter: Landlord + Utility Bill within 60 days | ☐ Maryland State ID |
| ☐ W2/Tax Return/1099 | ☐ Recent paystubs | ☐ Mortgage/Lease |
| ☐ Letter: County or State | ☐ School Records | ☐ Utility Bill within 60 days (gas, electric, water, cable/internet) |
| ☐ Other: _____ | | |

Proof of Age

- | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|
| ☐ Passport | ☐ Driver's License/MD ID | ☐ Other: _____ |
|-----------------------------------|---|---------------------------------------|

Proof of Income

- | | |
|---|---|
| ☐ DHHS Income Declaration Form | ☐ Income Letter: Employer/Disability/Unemployment |
| ☐ Recent Paystubs | ☐ No Income: Letter of Support from Family or Friend |
| ☐ W2/Tax Return/1099 | ☐ Other: _____ |

NOTE: The patient is missing the following documentation:

____ Proof of address: _____
____ Proof of ID: _____
____ Proof of income: _____

Staff Name: _____ Date: _____

Data Entry Name: _____ ☐ completed, scanned, & added to excel MRN# _____



PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL CONDADO DE MONTGOMERY

SOLO PARA USO OFICIAL DEL CONDADO:

ID de contacto eICM: _____

Número de caso: _____

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)		Teléfono residencial		Teléfono del trabajo		Teléfono celular	
¿Dónde vive? (Número y calle)		# de depto.	Ciudad	Estado		Código Postal	
Dirección postal (si es diferente a la de su hogar)							
¿Qué idioma habla?							
☐ Inglés		☐ Español		☐ Amárico		☐ Frances	
☐ Coreano		☐ Mandarín		☐ Vietnamita		☐ Otro	
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿quién? _____							
Fecha de parto _____							

SECCIÓN A. MIEMBROS DEL HOGAR

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque **SÍ** para cada persona por la que está solicitando. Marque **NO** para cada persona por quien no está solicitando. Marque los servicios que solicita.

SOLICITANDO	NOMBRE	RELACION CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	*RAZA	*ETNIA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
☐ MONTGOMERY CARES	(Apellido, Nombre, Segundo nombre)		MM/DD/AA	M = Masculino F = Femenino NB=No binario GQ=Género queer/Género fluido MTF= Mujer trans/mujer con experiencia transgénero FTM= Hombre trans/hombre con experiencia transgénero	M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo	(Indique abajo para cada una de las personas) A = Asiático B = Negro/ Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico (Puede seleccionar más de un código) MENA= Oriente Medio o África del Norte	H/L = Hispano/ Latino N/L = No Hispano/ No Latino	Por favor llene para cada una de las personas que tienen Número de Seguro Social
☐ CARE FOR KIDS								
☐ SENIOR DENTAL								
☐ Sí ☐ No		MISMO					☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	
☐ Sí ☐ No							☐ H/L ☐ N/L	

*Usted no tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de casos ingresará los códigos solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitarle esta información.

SECCIÓN B. INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? ☐ Sí ☐ No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Plan de salud calificado ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? ☐ Sí ☐ No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Plan de salud calificado ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene actualmente cobertura de seguro médico activa? ☐ Sí ☐ No Si es así, identifique qué tipo de plan tiene: ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Plan de salud calificado ☐ Pago privado ☐ Paga el empleador

SECCIÓN C. INGRESOS

¿Alguien en su hogar recibe ingreso por empleo? ☐ Sí ☐ No Si es así, enlisté todos los ingresos brutos (de un empleo de tiempo parcial o de tiempo completo, trabajo por cuenta propia, cuidado de niños, trabajos ocasionales, pago de huéspedes o inquilinos)

NOBRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	EMPLADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NUMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE BRUTO POR PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA CON LA QUE LO RECIBE BW = semanal MO = mensual	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	CONDICIÓN DE ESTUDIANTE (Tiempo completo o parcial)

SECCIÓN D. OTROS INGRESOS QUE SE RECIBEN

Enliste cualquier otro ingreso que haya recibido, tal como pensión alimenticia, manutención infantil, pensión, Seguro Social, ingresos recibidos por renta de propiedades a otros y beneficios (retiro, beneficios por huelga, desempleo, veteranos, compensación para trabajadores). Incluya beneficios de fuera del estado.

PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	TIPO (Para beneficios Incluya # de identificación de reclamante)	IMPORTE BRUTO QUE RECIBIÓ	¿CUÁNTAS VECES AL AÑO?

SECCIÓN DE FIRMAS

Certifico que la información que he proporcionado anteriormente es veraz a mi leal saber y entender y autorizo al Condado de Montgomery a realizar los contactos necesarios para verificar mis declaraciones. He leído y acepto los derechos y responsabilidades de esta solicitud. Reconozco que puedo ser sancionado si, a sabiendas, proporciono información falsa, y declaro bajo pena de perjurio que no tengo cobertura de seguro médico y que la información que explico en esta solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante y/o beneficiario	Escriba en letra de molde (Nombre)	Fecha



Formulario de Autorización para miembros de la familia/amigos

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Email: _____ #Telefono: _____

Yo, _____, doy permiso a los proveedores de mi atención y servicios médicos a revelar y liberar mi información de salud protegida a:

Nombre(s):	Relación:	Numero de Telefono:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Salud Información a exponer (Marque todo lo que corresponda):

☐ Mi registro completo de la salud (incluyendo, pero no limitado a los diagnósticos, pruebas de laboratorio, el pronóstico, el tratamiento y la facturación, para todas las condiciones) OR

☐ Mi registro de salud completo, como el anterior, con la excepción de los siguientes datos (Marque lo que corresponda):

- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Las enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)
- ☐ tratamiento de abuso de alcohol / drogas
- ☐ Otros (Especificar _____)

Esta información médica puede ser usada para permitir a las personas que autorizo a conocer y entender mi condición y las opciones de tratamiento o de tratamiento, para el tratamiento o la consulta, para fines de pago de reclamaciones, o por razones relacionadas.

Horario que mas le conviene para citas: (marque uno)

- ☐ Manana
- ☐ Tarde
- ☐ Noche

Esta autorización será efectiva hasta que (Marque uno):

☐ Todos pasados, presents y futuros periodos, o

☐ Fecha o evento: _____ a menos que yo lo revoque. (NOTA:

Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, notificando a sus proveedores de atención médica, de preferencia por escrito.)

Firma

Fecha



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar la información médica sobre usted y divulgada y como usted puede tener acceso a esta información. Por favor, revise con cuidado.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

Su ISP puede usarse y divulgarse por la Clínica Mercy, por nuestro personal de oficina y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proporcionarle servicios de salud. Los siguientes son ejemplos de los tipos de usos y revelaciones de su información de salud protegida que la clínica Mercy está autorizado a hacer.

Tratamiento: Usaremos y revelaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Eso incluye la coordinación o gestión de su atención médica con otro proveedor. Por ejemplo, podríamos divulgar su información de salud protegida, según sea necesario, a una agencia de salud en el hogar que proporciona cuidado a usted. También vamos a revelar información protegida de salud a otros médicos que puedan tratarle.

Pago: Su información de salud protegida será utilizada y divulgada, según sea necesario; para obtener el pago por los servicios de salud proporcionados por nosotros o por otro proveedor.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de la clínica. Estas actividades incluyen, pero no están limitada a actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de medicina, actividades de recaudación de fondos, y de conducir o arreglar para otras actividades comerciales. Nosotros no compartiremos su información de salud protegida con terceros "socios comerciales" que realizan diversas actividades (por ejemplo, servicios de facturación o de la transcripción) para nuestra práctica. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para proporcionarle información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios que puedan ser de su interés relacionados con la salud. Hemos elegido para participar en el Sistema de Información Regional Chesapeake para nuestros pacientes, Inc. (CRISP), un intercambio de información en todo el estado de salud. Según lo permitido por la ley, su información de salud será compartida con este intercambio con el fin de proporcionar un acceso más rápido, una mejor coordinación de la atención y ayudar a los proveedores y funcionarios de salud pública en la toma de decisiones más informadas. Usted puede "opt-out" y desactivar todos los accesos a su información de salud disponible a través de CRISP llamando al 1-877-952-7477 o completar y enviar un formulario Opt-Out en Crisp por correo, fax o a través de su sitio web en www.crisphealth.org.

Yo _____ (Nombre del paciente) he leído y entiendo los términos de esta Autorización y etenido la oportunidad da hacer preguntas sobre el use y divulgación de mi información médica. Por la presente, a sabiendas y libremente doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica por parte de cualquier miembro de Mercy Health Clinic. Soy consciente y acepto que esta autorización solo se aplica en la medida en que los miembros de Mercy Health Clinic estén obligados por ley a obtener autorización antes de usar o divulgar mi información médica de la manera especificada.

Nombre Completo

Firma

Fecha



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

1. Entiendo que Mercy Health Clinic (MHC) no es un programa gubernamental ni una compañía de seguros, sino una clínica sin fines de lucro que depende de donaciones y subvenciones para cubrir sus costos operativos.
2. Entiendo que no se me negará la atención por no poder pagar, pero reconozco que la clínica agradece una contribución voluntaria de **\$20.00** para visitas de atención primaria y de laboratorio, y **\$30.00** para atención especializada.
3. Entiendo que hay una tarifa de **\$50.00** por faltar a una cita programada sin proporcionar el aviso adecuado.
4. Entiendo que, una vez que mi cita esté programada, es mi responsabilidad recordar la fecha y hora y acudir a la cita.
5. Entiendo que si necesito cancelar o reprogramar una cita, debo llamar o dejar un mensaje con al menos 24 horas de antelación al **240-773-0300 / 240-773-0320** o enviar un correo electrónico a appointments@mercyhealthclinic.org.
6. Entiendo que los siguientes comportamientos pueden resultar en la terminación de los servicios de la clínica o de recursos externos:
 - **Incumplimiento del tratamiento según las indicaciones del médico**
 - **Mala conducta o falta de respeto**
 - **Uso indebido de los servicios**
 - **No presentarse ("No Show") a cualquier cita programada**
7. Entiendo que MHC no es responsable de las facturas médicas incurridas con doctores o especialistas externos a menos que haya recibido una referencia de Mercy Health Clinic y haya seguido las instrucciones indicadas.
8. Entiendo que MHC no proporciona atención médica integral y opera solo en los siguientes días y horarios:
 - (a) **Horario de la clínica/farmacia:**
 - Lunes y miércoles: 8:30 am - 5:00 pm
 - Martes y jueves: 8:30 am - 8:00 pm
 - CERRADO- No servicios médicos**
 - (b) **Horario de laboratorio:**
 - Lunes y miércoles: 7:00 am - 10:30 am
 - (c) **Horario de procesamiento de aplicaciones – Programa Montgomery Cares**
 - Miércoles: 12:00 pm - 3:00 pm & viernes: 9:00 am - 12:00 pm
9. Entiendo que el programa MCares no está disponible para pacientes que califican para seguro médico. Si tengo un número de Seguro Social, debo solicitar el Maryland Health Connection y proporcionar una carta de aprobación o denegación para continuar recibiendo servicios bajo el programa MCares.
10. Entiendo que MHC acepta los siguientes seguros: Medicaid, WellPoint, Maryland Physician Care, y CareFirst BCBS.
11. Entiendo que es mi responsabilidad renovar mi elegibilidad con el programa MCares cada año antes de la fecha de vencimiento. Debo proporcionar prueba de identificación, prueba de domicilio y prueba de ingresos. Si no renuevo mi elegibilidad, no podré mantener mis citas programadas con el médico.
12. Entiendo que es mi responsabilidad informar a MHC sobre cualquier cambio en mis ingresos, dirección o número de teléfono.

Nombre Completo

Firma

Fecha



MEDICAL RECORD RELEASE FORM

Full Name (as per ID) /Nombre Completo: _____

SS#: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Address/Dirección: _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE / NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA (STAFF USE ONLY)

Name of Provider, Hospital, or Clinic:

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

If release/request of records is to be sent to Mercy Health Clinic, we would appreciate a summary of diagnostic studies, laboratory reports, x-rays, and any other pertinent data.

Obtain Records From ☐

Send Records To ☐

The release/request of records is to be sent to:

Mercy Health Clinic
7 Metropolitan Court, Suite 1
Gaithersburg, MD 20878
Phone: 240-773-0300
Fax: 240-773-0308

Patient authorizes the release of his/her medical records as provided above:

Signature

Date