

ID# \_\_\_\_\_

**SUBURBAN PRIMARY HEALTH CARE COUNCIL  
PROGRAMA "ACCESS TO CARE"**

**DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDADES**

**DERECHO DE APELACIÓN/PROCEDIMIENTO DE QUEJA:** Entiendo que puedo apelar cualquier decisión relacionada con mi elegibilidad al Programa dentro de los primeros 14 días de la decisión presentando una queja escrita a Suburban Primary Health Care Council.

**DERECHOS CIVILES:** Entiendo que Suburban Primary Health Care Council es un Programa disponible a toda persona elegible, sin distinción de raza, edad, religión, sexo, lugar de origen, incapacidad, orientación sexual o cualquier otro tipo de individuo protegido por cualquier ley local, federal o del estado. Si considero que he sido discriminado, puedo presentar queja al Cónsul dentro de los primeros 14 días de ocurrido el hecho.

**DOBLE PARTICIPACIÓN:** He sido informado de que ser elegible o participar en el Programa Medicaid (ayuda pública), programa Medicare o recibir beneficios de seguro de salud privado que cubre visitas al doctor determinará mi cancelamiento al Suburban Primary Health Care Council, Programa Access to Care ("Programa").

**NO ES TRANSFERIBLE:** Entiendo que mi participación es limitada a la persona(s) mencionada(s) en la aplicación, y no se puede transferir a otra persona. El dar temporalmente o permanentemente mi identificación como cliente del cónsul a cualquier otra persona para su uso resultará en mi terminación del Programa.

**LIMITACIÓN DE SERVICIOS:** Entiendo y reconozco lo siguiente:

- A. Los servicios proporcionados por los doctores bajo este Programa son limitados establecidos fijos determinado cuidado de salud básico y de rutina y con excepción, a otros servicios, como lo siguiente: algunos procedimientos normalmente proporcionados por médico de primeros auxilios, servicios proporcionados en la sala de emergencia de un hospital, cuidado ambulatorio de un especialista y servicios a pacientes hospitalizados.
- B. Cargos no re-embolsables por inscripción anual de \$20 por persona, \$40 por dos personas o \$50 por una familia de tres o más.  
Pagar el costo de participación no le garantiza continuar con servicios por un año.
- C. Los doctores requieren que en cada visita médica debo de pagar \$5.00 por visita.
- D. A la farmacia debo de pagar \$15.00 por receta de medicamento genérico, \$30.00 por receta de medicamento de nombre conocido y \$40.00 por receta de medicamento exclusivo no preferido. El límite de cantidad por receta es de un surtido por 30 días.
- E. Debo de pagar \$5.00 por cada procedimiento de laboratorio y/o rayos x.
- F. Solo ciertos doctores y farmacias participan en este Programa del cónsul y por varias razones algunos médicos y farmacias en cualquier momento pueden abandonar el programa.
- G. Que determinados doctores participantes puede que no estén disponibles ya sea porque no tienen espacio para pacientes adicionales; (i) mi doctor puede pedir mi cambio a otro doctor y bajo ciertas circunstancias el cónsul aceptará tal petición; (ii) si yo o mi doctor pedimos cambio a otro doctor, puede llevarse hasta 60 días para darme un nuevo doctor; y (iii) mi doctor puede que no este todo el tiempo disponible y puede referirme a otro doctor participante del Programa.
- H. Mi participación en el Programa terminará en la fecha de mi tarjeta Access to Care a menos que continúe en el nivel elegible del Programa y a tiempo reanude mi participación en el Programa. El cónsul no tiene obligación de asesorarme después de la fecha en que termina mi participación en el Programa como tampoco tiene obligación de iniciar la renovación para participar. Mi participación en el Programa puede terminar en cualquier momento en que ya no sea elegible al Programa, ya que el cónsul puede establecer normas generales de participación de un momento a otro.
- I. Cambios en los gastos o financiamiento del Programa pueden requerir modificación o cancelación del Programa en cualquier momento, por lo que acceso a los servicios del Programa no están garantizados.

**CERTIFICACIÓN:** Este Reconocimiento y Exención se hace en conexión con acceso a servicios bajo el Programa. Me han notificado de mis derechos y obligaciones bajo el Programa. Y certifico que la información que les proporcione es exacta y completa. Funcionarios del Programa tienen derecho de verificar cualquier información otorgada por mi en este formulario. Entiendo que el omitir deliberadamente o falsificar cualquier información puede resultar en expulsión del Programa y prosecución criminal o civil bajo ley estatal o federal. Acepto notificar al cónsul de cualquier cambio en mis ingresos o aseguranza y puede ser causa de que ya no sea elegible a el Programa.

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:** Doy consentimiento a que se revele cualquier y toda información médica, social y financiera, así como, revelación de cualquier información pertinente a elegibilidad de seguro de salud para mi y/ o mis dependientes a Suburban Primary Health Care Council, sus agentes, contratistas, y proveedores de servicios con los cuáles mantiene relación. Autorizo a la Administración de Seguro Social a revelar cualquier información pertinente a mi elegibilidad a Medicare y beneficios del Seguro Social. Entiendo que revelar cualquier información médica de mi por medio de Suburban Primary Health Care Council esta limitada por la forma de autorización, y de la cuál va la copia adjunta a esta Declaración de Reconocimiento y Exención. Tengo entendido que no puedo ser un participante de el Programa hasta que yo firme esta forma y la forma de Autorización adjunta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (o tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Conyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha

ID Number \_\_\_\_\_

## **FORMA DE AUTORIZACIÓN DE ACCESS TO CARE**

Por medio de la presente yo doy autorización a Suburban Primary Health Care Council ('El Cónsul') a usar cualquier información médica, a la cuál nos referimos como "Información médica protegida" por mi en las dos siguientes maneras.

1. Si yo decido consultar al proveedor médico contratado, entonces el cónsul asistirá al proveedor médico contratado a hacer consulta con otro proveedor médico para mi tratamiento. Tengo entendido que, por ejemplo, un doctor contratado y con el cuál decidi atenderme puede enviar Información Médica Protegida de mi al cónsul y así el cónsul puede referirme a otro proveedor médico para servicios adicionales que el doctor encuentre necesarios. Entiendo que el cónsul no utilizará Información Médica Protegida recibida de esta manera para cualquier otro motivo que no sea para referirme a otro proveedor médico para tratamiento adicional; y

2. Entiendo que el contratado proveedor médico con el cuál decidi atenderme mandará factura por sus servicios al cónsul para ser pagado. Y tengo entendido que en el contenido de estas facturas se encuentra Información Médica Protegida de mi. Al decidir participar en el Programa Access to Care, autorizé al cónsul a obtener Información Médica Protegida por doctores contratados con los cuáles decidi atenderme y así el cónsul puede pagar por mi cuidado médico. Entiendo que el cónsul no utilizará Información Médica Protegida que recibe será solamente para el motivo de pago.

Esta autorización es válida en la fecha que decidi ser miembro del programa Access to Care, y termina en la fecha que dejo de ser miembro del programa Access to Care. Entiendo que reservo el derecho de revocar esta Autorización notificando al cónsul en escrito de que retiro esta Autorización, también entiendo que si retiro esta Autorización, perderé los beneficios que cubre, y no seré elegible a, el programa Access to Care.

He tenido la oportunidad de leer esta Autorización, y entiendo lo que esta Autorización representa.

\_\_\_\_\_  
Con letra imprenta Cliente o nombre del tutor

\_\_\_\_\_  
Firma Cliente o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cónyuge con letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge

\_\_\_\_\_  
Fecha