

**↓ CABEZA DE FAMILIA / PADRES O GUARDIAN ↓**

Nombre (Apellido)	Primer Nombre	Inicial)	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Domicilio		# de Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del Hogar ( )	Teléfono del Celular ( )		Grupo/s Étnicos: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Anglosajón <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
Nombre del Empleador		Teléfono del Trabajo ( )	Ingreso: \$ _____ Semanal    \$ _____ Mensual    \$ _____ Al Año		
Correo Electrónico (Confidencial):		Estatus Marital: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Tiene Usted seguro medico?	
En caso de emergencia debemos contactar a: (Muy importante NO LO OMITA)		Teléfono ( )		¿Esta Usted Aplicando Para Miembrecia de AccessHealth?	
Referido Por: <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Distrito de Salud <input type="checkbox"/> CHC <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Ryan White Title II <input type="checkbox"/> Hospital _____ <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____					
¿Numero de personas en el hogar? _____			¿A usted visitado el cuarto de emergencia en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si    o' <input type="checkbox"/> No ¿Si es así, cuantas veces? _____		

**↓ LISTE A TODOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DENTRO DE LA CASA ↓**

Nombre (Apellido, Nombre, I.)	Fecha De Nacimiento	Sexo	El nombre de la escuela del Niño/a	¿Cantidad de días ausente por causa de enfermedad en el año escolar anterior?	¿Tiene seguro medico con Medicaid, NV Ck-Up o' un seguro privado? Por Favor Conteste Si o' No	¿Numero de visitas al cuarto de Emergencia en los últimos 12 meses?

Certifico que según mi conocimiento, la información que he proveído para calificar al programa de AccessHealth es correcta y verdadera. Reconozco que soy responsable de pagar por el cuidado médico de acuerdo con las tarifas establecidas. Entiendo que si he dado información falsa, puedo ser descalificado del programa. Entiendo que al firmar abajo, doy permiso que AH verifique cualquier información proveído.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de someter la aplicación completada, haciendo uso de una de las tres opciones incluidas abajo. Una vez recibamos su aplicación esta será revisada por Access-Health, nos comunicaremos con usted en caso de que necesitemos mas información y/o le enviaremos su tarjeta de identificación.

Fax a (702) 430-3586     
  Envié a AccessHealth, 2801 S. Valley View Blvd., Suite 12, Las Vegas, NV 89102     
  Correo electrónico [accesshealth@gbpca.org](mailto:accesshealth@gbpca.org)  
 Visite nuestra oficina durante las horas de operación Lunes a Viernes 8:30 a.m. asta 5:00 p.m. (Cerrados por almuerzo)     
 \*Para aplicaciones adicionales visite nuestra pagina de Internet [www.gbpca.org/accesshealth](http://www.gbpca.org/accesshealth)

## Derechos y Responsabilidades

**AccessHealth No Es Un Seguro Medico.** AccessHealth pone a su alcance una red de proveedores de servicios médicos que ofrecen atención y servicios médicos a precios descontados. AccessHealth no se hace responsable de la calidad de la atención o servicios que proveen los hospitales, médicos, y otros proveedores que pertenecen a la red. **Para recibir servicios médicos a un precio descontado, sus citas deben de ser coordinadas por AccessHealth. Como cliente de AccessHealth:**

### Usted Tiene Derecho a

- Ser tratado con respeto y dignidad por el personal de AccessHealth y por los proveedores de servicios médicos que han sido contratados.
- Ser referido a los proveedores contratados sin tomar en cuenta su raza, color de su piel, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, u orientación sexual.
- Cambiar su proveedor de cuidado primario (PCP por sus siglas en inglés).
- Tiene derecho hacer preguntas referente a su salud con sus proveedores de servicios de salud. Participar en decisiones sobre mi salud.

### Usted es responsable de

- Tratar a los proveedores de servicios médicos y al personal de AccessHealth con respeto y dignidad.
- Proteger su tarjeta de identificación de AccessHealth (ID Card). Tiene que mostrar su tarjeta a los proveedores antes de recibir atención o servicios.
- Pagar por la atención o servicios recibidos en el momento en que los recibe a menos que haya hecho arreglos para pagar a plazos.
- Informar a AccessHealth y a su proveedor/es de atención médica de cualquier cambio en su cobertura médica, ingreso, estatus de empleo, cambio de dirección y/o número de teléfono.
- Por favor llame a su profesional de atención médica con anticipación (por lo menos 24 horas) si desea cancelar o cambiar su cita.
- Debe de ponerse en contacto con AccessHealth en relación con procedimientos adicionales que necesite. Esto debe de hacerlo durante o después de la visita al proveedor de salud, así AccessHealth podrá darle las diferentes opciones con descuentos adecuados.

*\*El paciente que no cumpla con sus responsabilidades: El no presentarse a una cita. El no pagar por los servicios a los proveedores de salud. Estas dos razones pueden ser causa suficiente para perder su membresía al programa de AccessHealth.*

Como es requerido por ley, AccessHealth y los proveedores contratados por la red mantendrán la privacidad de la Información Médica Protegida de todos los clientes. Información que puede ser compartida por los proveedores contratados y por AccessHealth incluye: información demográfica como nombre, dirección y edad, también servicios médicos relacionados que han sido coordinados por AccessHealth.

AccessHealth es un programa no lucrativo. Está asociado con los proveedores de salud contratados en nuestra red (entidades cubiertas) por la cual utilizará las salvaguardas necesarias para proteger la información médica protegida de acuerdo con la ley. Los clientes de AccessHealth tienen derecho a recibir una copia de La Notificación de las Practicas Privadas de las Entidades Cubiertas. Si desea una copia describiendo esta ley [45 CFR 164.250] puede solicitarla en [accesshealth@qbpca.org](mailto:accesshealth@qbpca.org).

Al firmar abajo yo autorizo a AccessHealth, sus empleados autorizados, agentes, contratistas independientes, y a los proveedores participantes a obtener de y/o a proveer a los médicos, profesionales de salud, hospitales, clínicas, y cualquier otro establecimiento relacionado con atención médica información acerca de mi utilización de servicios de salud proveídos por los proveedores de la red de AccessHealth."

Certifico que hasta donde yo sepa, la información que he proveído para calificar para AccessHealth es correcta y verdadera. Reconozco que soy responsable de pagar por la atención médica que recibo de acuerdo con las tarifas establecidas. Entiendo que si he falsificado esta aplicación puedo ser descalificado del programa. Entiendo que al firmar abajo yo accedo a cumplir con los Derechos y Responsabilidades de cliente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

#### PARA USO DE NUESTRA OFICINA

AH Staff Init.

Cabeza de Familia Numero del Cliente

Sitio

Proveedor Primario

Recursos para el proyectó de ampliación de el distrito escolar Clark County, fue posible por la Fundación Lincy.

2801 S. Valley View Blvd., Suite 12 - Las Vegas, NV 89102 - Teléfono (702)-430-3580 Fax (702) 430-3586