



Siga el QR código para renovar en línea sin cita

Solicitud para CrossOver Health Care Ministry

¿Está embarazada? Llame 804-655-2794 opción 6

¿Resultó positivo al SIDA o VIH? Llame 804-655-2794 extensión 129

¿Ha estado Hospitalizado o en la Sala de Emergencia?

Si este es su caso, por favor hable inmediatamente con alguien de nuestro personal.

*Pacientes Nuevos - Llame al 804-655-2794 opción 6

*Renovación de solicitud para pacientes actuales - Tenemos un número limitado de solicitudes que podemos procesar. Llame al 804-655-2794 opción 6 para programar una cita. Es mejor renovar en línea.

*El programa Ryan White para pacientes con VIH + es un programa de "pagador de último recurso" que existe para proporcionar cobertura, atención y tratamiento, para aquellos que no tienen otra fuente de cobertura o enfrentan límites de cobertura.

**** Para entrega de aplicacion **solo por cita** ****

Localidades	
<p>HENRICO (al lado de Regency Mall) 8600 Quioccasin Rd. Suite 105 Henrico VA 23229 <i>Atendiendo a pacientes de 3 años de edad y mayor</i></p>	<p>RICHMOND 108 Cowardin Ave. Richmond VA 23234 <i>Atendiendo a pacientes 14 años de edad y mayor</i></p>
<p>For New Patient Eligibility Screening Call 804-655-2794 option 6 For Eligibility Renewals Call 804 655-2794 option 6</p>	

Le damos la bienvenida al CrossOver. ¡Nos da mucho gusto el poder servirle!

POR FAVOR TRAIGA SU IDENTIFICACION CON FOTO, EL MAS RECIENTE FORMULARIO DE IMPUESTOS 1040 SI DECLARO IMPUESTOS Y LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE INGRESO (*ingresos del paciente y el cónyuge – si están legalmente casados*)

Dependiendo de su situación financiera, le solicitaremos información adicional si es necesario.

Prueba de Ingreso	Comentarios
Colillas de cheque	Los últimos DOS MESES consecutivos del trabajo actual. Pago semanal=8 colillas / Pago quincenal = 4 colillas
Forma 1040 de sus Impuestos	Del año más reciente, firmado. Incluya el Anexo (Schedule C) si lo tiene.
Carta del empleador	La carta debe ser en papel membreteado o notariada, y debe incluir las horas que trabaja cada semana, cuánto gana por hora, y la frecuencia de pago.
Carta de Servicios Sociales o Administracion de Seguro Social	Debe venir en papel membreteado; esto incluye beneficios de desempleo, incapacidad, o retiro
Carta de Apoyo Económico	Tiene que ser notariada y firmada por la persona que le está ayudando.
Carta de Estampillas (SNAP)	La carta tiene que ser de los beneficios actuales. NO aceptamos la tarjeta de EBT.

*****POR FAVOR USE BOLIGRAFO DE TINTA NEGRA EN LA APLICACIÓN*****

Una Guía a Recursos Comunitarios en el área de Richmond

CRISIS LINES		
Suicide Crisis Line	1-800-273-8255	
Crisis Intervention Lines for Mental Health (open 24/7)	Richmond City: (804) 819-4100 Henrico: (804) 727-8484 Chesterfield: (804) 748-6356	For complete list of HIV services please call 804 655-2794 opt. 6
Crisis and Suicide Hotline for LGBTQ Youth (Trevor Project)	1-866-488-7386	
National Anti-Violence Project https://avp.org/ncavp/	212-714-1141	

HOSPITALES	
CJW Chippenham Campus (804) 483-0000	Retreat Doctor's Hospital (804) 254-5100
CJW Johnston Willis Campus (804) 483-5000	St. Mary's Hospital (804) 285-2011
John Randolph Medical Center (804) 541-1600	Memorial Regional Medical Center (804) 764-6000
Henrico Doctors' Hospital Forest Campus (804) 289-4500	Richmond Community (804) 225-1700
Henrico Doctors' Hospital Parham Campus (804) 747-5600	St. Francis Medical Center (804) 594-7300
VCU Medical Center (804) (804) 828-9000	

CONSEJERIA Y SALUD MENTAL		
VCU Center for Psychological Services and Development	(804) 828-8069 (Llama para obtener una solicitud)	612 N. Lombardy St. El costo depende de el ingreso familiar.
Daily Planet	(804)783 2505	517 W Grace St. – Consejería gratis para personas sin seguro médico
Richmond Behavioral Health	(804) 819-4000	107 S. Fifth St.- Proveedor de consejería para residentes de la ciudad de Richmond
Henrico Mental Health	(804) 727-8500 For same day services: (804) 727-8515	residentes de Henrico solamente
Chesterfield Mental Health	(804) 748-1227	6801 Lucy Corr Blvd. residentes de Chesterfield solamente

MEDICAL SERVICES		
Bon Secours Care-A-Van	Pacientes nuevos y establecidos en busca de una cita del mismo día pueden llamar al: (804) 545-1923 desde las 7:00 a.m. – 8:30 a.m. Para información adicional por favor llame a la oficina al: (804) 545-1920, (804) 359-9355	
Health Brigade	804 358-6343 https://www.healthbrigade.org	Pruebas de VIH y ETS; tratamiento para ETS, planificación familiar, exámenes físicos, cuidado transgenero
Capital Area Health Network	Mejor número para todos los sitios: 780-0840.	varios sitios en Richmond aceptan Medicaid, Medicare, seguro privado, y pacientes sin seguro basado en una evaluación financiera para determinar el costo.



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES MÉDICOS

Nombre del Paciente (En letra legible): Joshua Emmanuel Ramos Herrera

Fecha de Nacimiento del paciente: 10/25/2011

Yo autorizo a Access Now, Inc. a compartir y discutir mi Información de Salud Protegida (ó PHI por sus siglas Inglés), historiales médicos e información de salud a las siguientes personas:

Nombre:	Relación con el paciente:	Número de teléfono:
Natali Ileana Herrera	Mama	804 651-9802

Siendo la persona firmando esta autorización, yo entiendo que la misma se mantendrá en efecto hasta que yo someta un nuevo formulario de autorización con Access Now, Inc., lo cual puedo hacer en cualquier momento. Yo entiendo que, si un nuevo formulario de autorización es presentado a Access Now, Inc., cualquier autorización previa será cancelada y ya no será válida. Yo también entiendo que una vez que la información es compartida por Access Now, Inc. con una persona autorizada, la información puede que no se mantenga a los mismos estándares de privacidad por el receptor.

Firma del Paciente, Guardián o Representante legal: Natali Ileana Herrera

Relación hacia el paciente (si no es el paciente): Mama

Fecha de firma: 01/13/2023

Para uso de Access Now solamente

Date Access Now Received Authorization: _____

Date Authorization Cancelled: _____



Autodeclaración de Residencia en Virginia

Cross Over Health Care Ministry atiende a los pacientes que son residentes del estado de Virginia que cumplen los requisitos específicos de calificación basados en el ingreso familiar y la cobertura de seguro médico. Debido a restricciones de capacidad, CrossOver no puede acomodar a los pacientes que visitan o residen temporalmente en Virginia.

Como paciente de CrossOver, yo, Joshua Emmanuel Ramos Herrera

(ponga su nombre y apellidos completos)

declaro que Virginia es mi estado principal de residencia y constituye mi hogar permanente y principal para efectos legales. Además, declaro que tengo la intención de ser residente permanente de Virginia (y que resido en Virginia por lo menos 7 meses del año) y que no estoy aquí con visa turista y no anticipo mudarme a otro estado o país en el futuro previsible.

Firma del Paciente/Tutor legal

01/13/2023

Fecha

Se define el “estado principal de residencia” como: la declaración fija del estado del hogar o domicilio permanente y principal de una persona para efectos legales.

Queremos asegurarnos de brindar la mejor atención posible. A continuación se incluyen algunas preguntas no médicas para apoyar sus objetivos de salud y satisfacer sus necesidades. Sus respuestas son completamente confidenciales.

FECHA DE HOY: 01/13/2023

Nombre de Paciente: Joshua Emmanuel Ramos Herrera Fecha de Nacimiento: 10/25/2011

Los Determinantes Sociales de la Salud

1. ¿Tiene dificultades para comprar alimentos o necesita ayuda con la solicitud de cupones de alimentos? SÍ NO
2. ¿Tiene problemas para pagar un lugar para vivir? SÍ NO
3. ¿Está experimentando ansiedad o depresión? SÍ NO
4. ¿Tiene problemas familiares que pueda afectar su salud? SÍ NO
5. ¿Usted o sus hijos tienen problemas en la escuela? SÍ NO No Aplica
6. ¿Te sientes inseguro(a) en su casa por alguna razón? SÍ NO
7. ¿Tiene acceso a Internet? SÍ NO

Nuestro personal está disponible para ayudarle con sus necesidades sociales y conectarle con recursos. Si respondió SÍ a las preguntas 1-6, ¿le gustaría una cita? SÍ NO

Cuestionario Sobre La Salud del Paciente – PHQ2

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problems?

Poco interes o placer en hacer cosas

- 0** = Ningún día
- 1** = Varios días
- 2** = Más de la mitad de los días
- 3** = Casi todos los días

Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas

- 0** = Ningún día
- 1** = Varios días
- 2** = Más de la mitad de los días
- 3** = Casi todos los días

Me niego a responder las preguntas



HIPAA Formulario de Reconocimiento del Paciente

Nombre del Paciente: Joshua Emmanuel Ramos Herrera Fecha de Nacimiento: 10/25/2011

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad (NPP) proporciona información sobre cómo CrossOver Healthcare Ministry puede usar y divulgar su información médica protegida (PHI). La práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). El NPP contiene una sección de Derechos del paciente que describe sus derechos según la ley.

Por favor revise el folleto de NPP a fondo antes de firmar este formulario de reconocimiento. En caso de que cambien los términos del aviso, se le proporcionará una copia revisada. Al firmar este formulario, usted reconoce que nuestra práctica puede usar y divulgar la PHI sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Tiene derecho a restringir cómo se usa o divulga la PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.

Al firmar este formulario, también doy permiso a las personas(s) en la siguiente lista a recibir información de salud protegida (excluyendo información de salud mental) y otras autorizaciones escritas en la sección de comentarios. Yo entiendo que este formulario es legalmente vinculante y que puedo revocar mi autorización en cualquier momento por enviar un cambio de solicitud, agregar, o terminar dicho permiso por escrito.

Nombres de individuos y relación con el paciente	Telefono	Marque las autorizaciones o escribe en el comentario
Natali Ileana Herrera	804 651-9802	<input checked="" type="checkbox"/> Recibir expediente médicos/dental o visión <input checked="" type="checkbox"/> Pedir citas o información medica <input checked="" type="checkbox"/> Recibir equipo medico <input type="checkbox"/> Otro: _____
		<input type="checkbox"/> Recibir expediente médicos/dental o visión <input type="checkbox"/> Pedir citas o información medica <input type="checkbox"/> Recibir equipo medico <input type="checkbox"/> Otro: _____

Doy permiso para que CrossOver Healthcare Ministry deje mensaje (voz/texto) en el número 804 651-9802 para:

- Acuerdo de citas
- Resultados de laboratorio/imágenes
- Otro: _____

¿ Para la continuidad de su atención médica, ¿nos autoriza a compartir su información médica a través de EClinicalWorks?
 ___ Si ___ No

Por favor, marque los cuadros a continuación

- Asumo la responsabilidad de informar a la práctica cualquier cambio en la información anterior.
- Recibí el folleto más reciente del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP).
- Recibí el folleto más reciente de Información Y Políticas Del Paciente.
- Le doy permiso al representante de CrossOver Health Care Ministry para firmar mi nombre o hacer correcciones si es necesario en formularios para Access Now para la continuacion de mi atención medica.

Firma Paciente: _____ Fecha: 01/13/2023

Relación a paciente: Mama