



Siga el QR código para renovar en línea sin cita

## Solicitud para CrossOver HealthCare Ministry

**¿Está embarazada? Llame 804-655-2794 opcion 6**

**¿Resultó positivo al SIDA o VIH? Llame 804-655-2794 extensión 105/137**

**¿Ha estado Hospitalizado o en la Sala de Emergencia?**

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

- Renovaciones y Pacientes Nuevos - Una cita es obligatoria

\*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.

**Solo con cita se puede entregar la aplicación**

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

**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.*

<b>Prueba de Ingreso</b>	<b>Comentarios</b>
Colillas de cheque	Los últimos <b>DOS MESES</b> 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, la frecuencia de pago, y el nombre, título, y firma de su supervisor. La fecha de la carta tiene que ser dentro de un mes de su cita.
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. La fecha de la carta tiene que ser dentro de un mes de su cita.
Carta de 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 <a href="https://avp.org/ncavp/">https://avp.org/ncavp/</a>	(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) <a href="tel:8048289000">(804) 828-9000</a>	

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 el Martes y Jueves. Para información adicional por favor llame a la oficina al: (804) 545-1920, (804) 359-9355	
Health Brigade	(804) 358-6343 <a href="https://www.healthbrigade.org">https://www.healthbrigade.org</a>	Pruebas de VIH y ETS; tratamiento para ETS, planificación familiar, exámenes físicos, cuidado transgenero
Capital Area Health Network	Mejor número para todos los sitios: (804) 780-0840.	varios sitios en Richmond aceptan Medicaid, Medicare, seguro privado, y pacientes sin seguro basado en una evaluación financiera para determinar el costo.

CROSSOVER HEALTHCARE MINISTRY FORMULARIO UNIVERSAL DE SITUACIÓN ECONOMICA				Fecha de hoy		
Apellido		Nombre	Segundo Nombre	#SS (Si no tiene, escriba "Ninguno")	Fecha de nacimiento (mes/ día/año)	
Dirección de correo electrónico				¿Tiene transporte?	SÍ	NO
Dirección (Casa)		# Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	
¿Cuánto tiempo hace que vive en el área de Richmond? Años Meses		¿Está usted actualmente en Estados Unidos de visita/viaje con Visa temporal? Si No	Situación de Vivienda: Casa propia, Alquilada, Vive con Familiares/amistades, Vive en un Refugio, Otro: -		Ciudad/Condado de residencia	
En EE UU? ____ Años ____ Meses		Número de Teléfono (Comience con el código de área)	Número de teléfono celular (Comience con el código de área)	¿Cuál es su primer idioma? Inglés, español, árabe Otro: _____	¿Tiene Ud. acceso a un intérprete para su cita? SI NO N/A	
¿De qué raza es usted? Blanco, Negro/Afroamericano, Asiático, Amerindio/ Nativo de Alaska, Nativo de Hawaii u otras islas Pacíficas, Otro			¿Cuál es su origen étnico? Hispano o Latino _____ No hispano ni latino		¿Religión? _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder	
Estado Civil: Casado/a, Soltero/a, Divorciado/a, Separado/a, Viudo/a		¿Cuántos años de estudio tiene?	País de Origen:		Es Ud. Hombre Mujer TS: HAM MAH	
Provea nombre de un contacto en caso de emergencia/ parentesco con U			Número de teléfono de su contacto de emergencia (comience con el código de área)			
<b>Información del Hogar:</b> Favor de enumerar los nombres y el parentesco de las personas que viven en su hogar.						
Nombre (ejemplo. Fulanito)		Fecha de Nacimiento/Edad (mes, día, año)	Parentesco con el paciente (por ejemplo: hijo, esposo)			
Jefe de Familia (Nombre en la planilla/impuestos)						
Miembros de la familia en el hogar						
¿Ud. declaró impuestos el año pasado? Sí ____ NO ____ Si contestó NO, ¿Otra persona lo reclamó en su declaración de impuestos? Sí ____ NO ____						
Si Ud. declaró impuestos el año pasado, y reclamó en los impuestos a personas que no viven en el hogar, enumere por favor a esas personas en esta sección:						
<b>Información de Empleo y Seguro de Salud:</b> Por favor marque el estatus de empleo y seguro de salud del paciente.						
¿Cuál es su estatus de trabajo? Tiempo Completo, Tiempo Parcial, Temporada, Incapacitado, Jubilado, Estudiante, Dependiente, Desempleado			¿Cuál es el estatus de trabajo de su cónyuge? N/A Tiempo Completo, Tiempo Parcial, Temporada, Incapacitado, Jubilado, Estudiante, Dependiente, Desempleado			
Si está desempleado(a), ¿por cuánto tiempo no ha trabajado? N/A Años: Meses:			Si está desempleado(a) su cónyuge, ¿por cuánto tiempo no ha trabajado? N/A Años: Meses:			
¿Es Ud. Veterano de los Estados Unidos?			SI	NO		
¿Si es veterano, ha aplicado por beneficios de salud?			SI	NO		
¿Si Ud. ha aplicado, califica para beneficios de salud?			SI	NO		
¿Dónde trabaja? N/A		Tiempo de antigüedad en este trabajo:		Teléfono de Trabajo		
¿Dónde trabaja su cónyuge? N/A		Tiempo de antigüedad en este trabajo:		Teléfono de Trabajo		
¿Tiene Ud. seguro médico? SI NO Si lo tiene, ¿Que tipo? Privado, Medicaid, Medicare, Veteranos			¿Su seguro médico cubre las medicinas? SÍ NO		¿Cuál clínica usted va? Henrico Downtown (RIC)	
¿Ha aplicado Ud. para los beneficios de incapacidad? SI NO Si aplicó y calificó, cuándo calificó: _____			¿Ha aplicado para Medicaid? SI NO Si ha aplicado, cuándo: _____			
Fecha y lugar donde recibió sus últimos servicios de salud:						
¿El cuidado de salud que necesita Ud. es consecuencia de un accidente? SÍ NO			¿Su estado de salud está relacionado a un accidente de trabajo? SÍ NO			

**Ingresos:** Favor de enumerar la cantidad de sus ingresos, antes de pagar impuestos, ganados por **TODOS** los miembros de su familia. Hay que incluir los siguientes tipos de ingresos: ingresos/sueldos/trabajo por cuenta propia, pensión por divorcio, manutención para niños, beneficios por incapacidad, jubilación, seguro social o desempleo. No necesita incluir ingresos por préstamos que haya hecho.

Persona que recibe los ingresos	Fuente de Ingresos/ Nombre de Empleador	Con qué frecuencia recibe éstos ingresos	Cantidad

**INGRESO TOTAL RECIBIDO MENSUALMENTE**

**Si no recibe ingresos, ¿Cómo provee alojamiento y comida para Ud. y su familia?**

**Si no recibe ingresos, ¿Cómo proporciona otros gastos diarios? (por ejemplo, ayuda con las cuentas, medicinas, etc.)**

**Prueba de sus Ingresos:** Favor de indicar que documentos están incluidos como prueba para verificar los ingresos.

Talones/Colillas de Pago	Declaración de impuestos/Programa C	Carta del patron EN PAPEL CON MEMBRETE
Carta de Beneficios de Seguro Social	Carta de Beneficios por Desempleo	Carta de Beneficios de vivienda y alimentación NOTARIADA
Carta de la Agencia de Servicios Sociales		

**Firma del Paciente:** Favor de indicar al paciente que lea y firme la siguiente declaración de su estado financiero  
**Paciente: Yo CERTIFICO que en mi conocimiento la información aquí mencionada es la verdad y correcta.** Entiendo que esta información está sujeta a verificación y que si mi situación financiera cambia o si obtengo seguro médico, será reevaluado si soy elegible o no. Entiendo que es mi responsabilidad el notificar a LA CLÍNICA de cualquier cambio en mi situación financiera. Autorizo que mi información financiera sea compartida (incluyendo No. de SS) con proveedores médicos, compañías farmacéuticas, Direct Relief, **Access Now** y/o sus agentes para determinar si soy elegible para asistencia financiera, para medicamentos y verificación durante auditorias rutinarias. Este documento solamente tiene como propósito verificar si califico para recibir beneficios, no garantiza que yo reciba algún tipo de beneficios de alguna parte. LA CLÍNICA no ofrece garantía alguna. Entiendo que la falsificación de la información proveída pondría en peligro la consideración de mi aplicación para el programa.

**Firma del Paciente/Guardián** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

I certify that based upon the information provided, the individual is eligible for Access Now.

Signature of Screener: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

(Print Name of Screener): \_\_\_\_\_

**\*\* For Clinic Use Only \*\***

<b>Monthly Gross Income</b>	<b>Annual Gross Income</b> PROJECTED	<b>Poverty Level</b> 0-138% ( ) 139-200% ( )
-----------------------------	--------------------------------------	--

--	--	--



Yo, \_\_\_\_\_, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

(Nombre del Paciente en manuscrito)

- Puntualmente suministraré toda la información solicitada por *Access Now*.
  - Si veo a un médico o recibo atención médica en un hospital y me piden proporcionar información o completar papeleo adicional, a pesar de que tengo la tarjeta de *Access Now*, proporcionaré la información requerida.
- Autorizo a todas las personas y entidades para compartir mi información médica y financiera con *Access Now*.
- Autorizo a *Access Now* a compartir mi información financiera y médica con clínicas, oficinas médicas y hospitales para coordinar mi tratamiento médico.
- Notificaré a *Access Now* y a mi clínica si mis ingresos cambian o si obtengo cubierta de un plan de seguro (incluyendo Medicaid y Medicare). Entiendo que no hacerlo puede resultar en la cancelación de la inscripción del programa.
- Asistiré a todas las citas con los especialistas de *Access Now*; si es necesario cambiar o cancelar alguna cita lo haré con al menos 24 horas de anticipación.
- Entiendo que si me olvido de cualquier dos citas, consecutivamente o no, sin proveer el aviso correspondiente; la inscripción con *Access Now* será terminada y los servicios ya no estarán disponibles para mí.
- Presentaré mi tarjeta de identificación de *Access Now* a la oficina médica al momento de mi cita.
- Seré cortés y ameno(a) en todo trámite con el personal de la oficina del especialista y entiendo que de no serlo resultará en la terminación de la inscripción con *Access Now*.
- Seguiré el plan de tratamiento establecido por mi médico incluyendo, tomar los medicamentos prescritos.
- Regresaré a mi clínica antes de la fecha de vencimiento en mi tarjeta de *Access Now* si necesito continuar el cuidado médico con el especialista; para renovar la información financiera.
- Entiendo que si recibo una cuenta relacionada a los servicios programados por *Access Now* necesito llamar al 804-622-8145 para reportar la cuenta a *Access Now*.

Al firmar abajo, usted indica que entiende y acepta todos los derechos y responsabilidades de los pacientes establecidos en este documento.

Firma del Paciente ó Tutor Legal:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Actualmente estoy recibiendo tratamiento médico por un especialista de *Access Now*.





## AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES MÉDICOS

**Nombre del Paciente** (En letra legible): \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del paciente:** \_\_\_\_\_

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:

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: \_\_\_\_\_

Relación hacia el paciente (si no es el paciente): \_\_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

**\*Para uso de Access Now solamente\***

Date Access Now Received Authorization: \_\_\_\_\_

Date Authorization Cancelled: \_\_\_\_\_



## POLITICAS DE LA CLINICA

### RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS DE PRESCRIBIDORES:

Cross Over Health Care Ministry puede rellenar las prescripciones médicas de pacientes elegibles, por medio de los servicios voluntarios de farmacéuticos con licencia farmacéutica y médicos con licencia para dispensar medicamentos, quienes nos están ayudando a satisfacer las necesidades de nuestros pacientes sin seguro medico. Las medicinas son obtenidas por medio de donaciones de varias compañías farmacéuticas por Rx Partnership y otros programas de donaciones de compañías farmacéuticas.

- Entiendo que mi prescripción médica será rellenado por un farmacéutico.
- Entiendo que tengo el derecho de que envíen mi prescripción médica a la farmacia de preferencia.
- Crossover no se hace responsable por las facturas de medicinas cargadas al paciente en otras farmacias.
- Con respecto a la obtención de los medicamentos, el paciente podrá recoger sus medicinas si su elegibilidad ha sido actualizada.
- Le doy permiso al representantes de CrossOver Health Care Ministry para compartir mi información medica y financieras con Rx Partnership, Virginia Healthcare Foundation y compañías farmacéuticas (u otras designaciones) si es requerido para el proceso de verificación de elegibilidad durante el proceso auditoria rutinario.
- Autorizo a Crossover HealthCare Ministry a transportar mis medicamentos entre las dos clinicas para facilitar el proceso de entrega.
- Le doy permiso al representante de Cross OverHealthCare Ministry para firmar mi nombre si es necesario en formularios farmacéuticos necesarios que sean requeridos para ordenar mis medicamentos.

Con mi firma yo certifico que he leído, que entiendo, y que atenderé a las pólizas incluidas en este documento.

---

Firma del paciente/Tutor legal

---

Fecha

---

Firma del entrevistador

---

Fecha



## POLITICAS DE LA CLINICA

### POLIZAS DE CROSSOVER HEALTHCARE MINISTRY

- Poliza de Entrada de Pacientes
- Acuerdo de Cita Perdida
- Formulario de Consentimiento del Paciente
- Recibo de Aviso de Practicas de Privacidad HIPPA
- Responsibilidades del Paciente con Pagos
- Peticion de Confidencialidad
- Contrato de Sustancias Controladas
- Remisiones a Otros Proveedores
- Condigo de Conducta del Paciente

Con mi firma yo certifico que he leído, que entiendo, y que atenderé a las pólizas incluidas en este documento.

---

Firma del paciente/Tutor legal

---

Fecha

---

Firma del entrevistador

---

Fecha





## Autodeclaración de Residencia en Virginia

CrossOver Healthcare Ministry (CrossOver) atiende a pacientes residentes de Virginia que cumplen con requisitos de elegibilidad específicos para ingresos familiares y cobertura de seguro. Debido a restricciones de capacidad, CrossOver no puede acomodar a pacientes que estén de visita o residan temporalmente en Virginia. Como paciente de CrossOver, yo, \_\_\_\_\_

*(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. Mi dirección actual es:

\_\_\_\_\_  
*(Direccion)*

\_\_\_\_\_  
*(Direccion)*

Tengo la intención de ser residente permanente de Virginia (y resido en Virginia durante al menos 7 meses al año) y no estoy aquí con una visa de turista y no anticipo mudarme a otro estado o país en el futuro previsible futuro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Tutor legal

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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
		<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: _____
		<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 \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

Relación a paciente: \_\_\_\_\_