



Siga el QR código para renovar en línea sin cita

## Solicitud en CrossOver Health Care Ministry para MENORES

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

- 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.

Para entregar de aplicacion **solo por cita**

<b>Localidades</b>	
<p><b>HENRICO (al lado de Regency Mall)</b>  <b>8600 Quioccasin Rd. Suite 105</b>  <b>Henrico VA 23229</b>  <b>23234</b>  <i>Atendiendo a pacientes de 3 años de edad y mayor mayor</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>RICHMOND</b>  <b>108 Cowardin Ave.</b>  <b>Richmond VA</b></p> <p style="text-align: center;"><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 notarizada, 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 notarizada 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				Fecha de hoy		
FORMULARIO UNIVERSAL DE SITUACIÓN ECONOMICA PARA MENORES						
Del menor: Apellido(s)		Primer Nombre	Segundo Nombre	#SS del menor (o escriba "Ninguno")	Fecha de nacimiento del menor (mes/día/año)	
Correo electrónico del tutor legal:			¿El menor tiene transporte?	SÍ	NO	
Dirección (Casa)		# Apartamento	Ciudad	Estado	Código postal	
¿El menor está matriculado en la escuela?	¿A cuál escuela asiste el menor?		¿La familia necesita ayuda para matricular el menor en la escuela? Sí _____ No _____	¿El menor de edad tiene problemas en la escuela?		
Sí	No		Situación de Vivienda Familiar Casa propia, Alquilada, Vive con Familiares/amistades, Vive en un Refugio, Otro: -	Ciudad/Condado de Residencia del menor?		
¿Cuánto tiempo hace que vive el menor en el área de Richmond? Años _____ Meses _____		¿El menor está actualmente en Estados Unidos de visita/viaje con Visa temporal?				
¿En EE UU? _____ Años _____ Meses _____		Sí _____ No _____				
¿Número de teléfono del tutor legal:	Número de teléfono celular del tutor legal:		¿Cuál es el primer idioma del menor?	¿El menor tiene acceso a un intérprete para su cita? SÍ NO N/A		
¿De qué raza es el menor? Blanco, Negro/Afroamericano, Asiático, Amerindio/ Nativo de Alaska, Nativo de Hawaii u otras islas Pacíficas, Otro			¿Cuál es el origen étnico del menor? Hispano o Latino _____ Ni hispano ni latino _____	¿Religión? _____ <input type="checkbox"/> Me niego a responder		
Los padres del menor están: Legalmente Casados, Divorciado/a, Separado/a, Viudo/a, Unión Libre	¿El menor de edad trabaja?		País de Origen del menor:	El menor es: Hombre- Mujer TS: HAM MAH		
Contacto en caso de emergencia/parentesco al menor			Número de teléfono de su contacto de emergencia (comience con el código de área)			
Información del Hogar: Favor de enumerar los nombres y el parentesco de las personas que viven en su hogar.						
Nombre		Fecha de Nacimiento		Parentesco con el paciente		
¿El menor de edad fue reclamado como dependiente en los impuestos del año pasado? Sí _____ NO _____ ¿Si contestó Sí, ¿Quién? Padres _____ Guardian _____ Otro _____						
Información de Empleo y Seguro de Salud del Guardian: Por favor marque el estatus de empleo y seguro de salud del padre/guardian.						
¿Cuál es su estatus de trabajo de la mamá/ guardian?			¿Cuál es el estatus de trabajo del papá/ guardian?			
Tiempo Completo, Tiempo Parcial, Temporada, Incapacitado, Jubilado, Estudiante, Dependiente, Desempleado			Tiempo Completo, Tiempo Parcial, Temporada, Incapacitado, Jubilado, Estudiante, Dependiente, Desempleado			
Tiempo de antigüedad en este trabajo:		Teléfono de trabajo		Tiempo de antigüedad en este trabajo:		Teléfono de trabajo
¿El menor tiene seguro médico? Sí NO		¿Qué tipo? Privado, Medicaid		¿El seguro médico del menor cubre las medicinas? Sí NO		¿A cuál clínica va el menor? Henrico Downtown (RIC)
¿Ha aplicado para los beneficios de incapacidad para el menor? Sí NO			¿Ha aplicado para Medicaid para el menor? Sí NO			
Si aplicó y calificó, cuándo calificó: _____			Si ha aplicado, cuándo: _____			
Fecha y lugar dónde el menor recibió sus últimos servicios de salud						
¿El cuidado de salud que necesita el menor es consecuencia de un accidente? Sí NO			¿El estado de salud del menor está relacionado a un accidente de trabajo? Sí NO			

**Para los padres o tutor legal:**

**¿Recibe usted alguna de las siguientes formas de ayuda? Por favor circule: Estampillas de Comida Ayuda General**

**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 estos 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 CROSSOVER HEALTHCARE MINISTRY 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. CROSSOVER HEALTHCARE MINISTRY 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 Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

I certify that based upon the information provided, the individual is eligible for Access Now, RxPartnership, Direct Relief and the pharmaceutical assistance programs that assist Crossover clients.

**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% ( )
-----------------------------	--------------------------------------	--

--	--	--



Access Now



**Access** Derechos **Now** y Responsabilidades de los Pacientes

---

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:

<b>Nombre:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>	<b>Número de teléfono:</b>

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 Tutor legal:** \_\_\_\_\_

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

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

<b>*Para uso de Access Now solamente*</b>
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 obtencion 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
- Responibilidades 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:

\_\_\_\_\_  
*(Dirección)*

\_\_\_\_\_  
*(Dirección)*

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

## Atención Espiritual

Contamos con miembros del equipo que pueden ofrecer atención espiritual (como oración o compartir las Escrituras). ¿Le gustaría que le ofrecieran este tipo de atención opcional?  SI  NO  Omitir Respuesta

**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	Teléfono	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 continuación de mi atención medica.

Firma Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación a paciente: \_\_\_\_\_

## Consentimiento de Representación para el Tratamiento de Menores

### Proxy Consent for the Treatment of Minors

**Propósito:** Este formulario se puede usar para permitir que un adulto que no sea uno de los padres o tutor legal del paciente actúe como apoderado en la toma de decisiones para la atención y los servicios médicos de rutina en CrossOver Healthcare Ministry.

Para algunas familias, puede ser más conveniente contar con una autorización previa que permita que se brinde atención médica de rutina a menores bajo el cuidado de un representante para tomar decisiones si un padre o tutor legal no puede estar presente para dar su consentimiento. Si desea designar a un apoderado para tomar decisiones, revise y complete el siguiente formulario autorizando a un apoderado para tomar decisiones a consentir y autorizar tratamientos o servicios médicos y participar en el cuidado de un niño menor de edad.

#### **AUTORIZACIÓN:**

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ Por la presente nombro y autorizo a las siguientes

Nombre(s) de Madre, Padre o de Tutor Legal

personas que traigan a mi(s) hijo(s) para la evaluación y el tratamiento de cualquier afección médica aguda o crónica, y para la atención rutinaria de visitas preventivas. Las personas así nombradas son adultos mayores de 18 años. Autorizo a las siguientes personas que se enumeran a continuación a brindar consentimiento informado en nombre de mi hijo menor de edad para cualquier tratamiento o medicamento recomendado o recetado por el médico de mi hijo, incluidas, entre otras, vacunas de rutina, inyecciones o antibióticos intramusculares/intravenosos de acuerdo con las guías y protocolos. Autorizo a las siguientes personas que se enumeran a continuación a recibir información médica divulgada sobre mi hijo menor de edad, incluidos, entre otros, resultados de laboratorio o pruebas.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Además, yo (nosotros) autorizo (autorizamos) al personal y personal voluntario de CrossOver Healthcare Ministry, brindar atención médica de rutina a mi(s) hijo(s), que se enumeran a continuación. La atención e intervenciones médicas de rutina pueden incluir, pero no se limitan a: evaluación médica, examen físico, radiografías, análisis de laboratorio (los ejemplos incluyen: muestras de garganta o nasales, extracción de sangre, tratamiento de verrugas con nitrógeno líquido, limpieza de quemaduras menores, suturas menores de laceraciones, extirpación de quistes simples, cuidados anticonceptivos e incisión y drenaje de abscesos).

(LETRA EN MOLDE)

Nombre: \_\_\_\_\_

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

### **LIMITACIONES:**

Identifique cualquier limitación específica sobre los tipos de servicios médicos para los cuales se otorga esta autorización (si no hay ninguna, indique "ninguna")

### **Información de contacto de los padres o tutor legal para preguntas sobre el tratamiento:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Por la presente, eximo de toda responsabilidad a CrossOver Healthcare Ministry y a todos sus funcionarios, agentes, empleados, abogados, directores, aseguradores, afiliados, subsidiarias, corporaciones relacionadas, sucesores, herederos y cesionarios de toda responsabilidad por actuar con base en esta autorización. La persona designada como representante (mencionada anteriormente) puede tomar decisiones o dar su consentimiento para la atención en mi ausencia. También acepto la responsabilidad financiera por toda la atención y los servicios prestados de conformidad con esta autorización. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha firmada a continuación, a menos que se retire por escrito a CrossOver Healthcare Ministry o se restrinja por el período de tiempo indicado anteriormente. *Solo se requiere la firma de uno de los padres o tutor legal.*

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre, Madre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Our Pediatric Care Coordinator can assist with the following:**

- Help with school enrollment.
- Open communication with your child's teachers and the school.
- Assist with financial aid applications for medical bills.
- Help you with enrollment into SNAP, Medicaid.
- Assist with resources.

If this support is needed, please call the office and schedule an appointment with the Pediatric Care Coordinator. Our phone number is 804-655-2794

**Nuestra coordinadora de Pediatría le puede ayudar con lo siguiente:**

- Inscripción en la escuela más cercana.
- Comunicación con los maestros de su hijo y la escuela.
- Solicitud de ayuda financiera para las facturas médicas.
- Inscripción en SNAP y Medicaid.

Si necesita este apoyo, llame a la oficina y programe una cita con la coordinadora de pediatría. Nuestro número de teléfono es 804-655-2794

**Nossa coordenadora de cuidados pediátricos pode te ajudar com o seguinte:**

- A matricular o seu filho(a) na escola
- Estabelecer comunicação com os professores e a escola do seu filho (a).
- Aplicação para programas de assistência financeira para resolver as contas médicas do seu filho(a)
- Aplicação do SNAP e Medicaid.
- Encontrar recursos para atender as necessidades do seu filho(a)

Se este apoio for necessário, ligue e agende uma consulta com o Coordenador de Cuidados Pediátricos. Nosso número de telefone é 804-655-2794

**يمكن لمنسق رعاية الأطفال لدينا المساعدة في ما يلي:**

- المساعدة في الالتحاق بالمدرسة
- تواصل مفتوح مع معلمي طفلك والمدرسة
- المساعدة في طلبات المساعدة المالية للفواتير الطبية
- SNAP و Medicaid مساعدتك في التسجيل في
- المساعدة في الموارد

إذا كانت هناك حاجة إلى هذا الدعم ، فيرجى الاتصال بالمكتب وتحديد موعد مع منسق رعاية الأطفال. رقم هاتفنا هو