

**Community Reach of Montgomery County  
Mansfield Kaseman Health Clinic  
9420 Key West Avenue, Suite 400, Rockville, MD 20850**

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa** \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Sexo:** M \_\_\_ F \_\_\_ **Estado civil:** Acompañado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_

**PARENTESCO CON PACIENTE** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO** \_\_\_\_\_

<b>VIVIENDA</b>	Refugio _____	<b>OCUPACIÓN ACTUAL</b>	Empleado _____
	Desamparado _____		Retirado _____
	Programa de Transición _____		Desempleado _____
	Tiene Casa _____		

<b>GRUPO ÉTNICO</b>	Hispano o Latino _____	<b>RAZA</b>	Indio Americano _____
	No Hispano _____		Nativo de Alaska _____
			Asiático _____
			Afroamericano _____
			Nativo de Hawai/Otra Isla del Pacífico _____
			Blanco _____
			Otro _____

**RELIGIÓN** \_\_\_\_\_ **IDIOMA** \_\_\_\_\_ **PAÍS DE ORIGEN** \_\_\_\_\_

**CAPACIDAD PARA HABLAR INGLÉS**

Competente _____
Limitado Inglés _____
No Sabe Inglés _____

**Nombre y Dirección del EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_

**Nivel de EDUCACIÓN** \_\_\_\_\_

**Número de adultos y niños menores de 18 que dependen de su ingreso:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Farmacia cercana a su hogar (Nombre y calle)** \_\_\_\_\_

**Referido Por:** \_\_\_\_\_

**NECESIDADES ESPECIALES:** ¿Le gustaría recibir asistencia con alguno de los siguientes servicios?

**Comida** \_\_\_\_\_ **Ropa** \_\_\_\_\_ **Dentista** \_\_\_\_\_ **Vision** \_\_\_\_\_



# Montgomery Cares Program

## Montgomery Cares Eligibility Documentation Form

### Español

Para inscribirse en el programa Montgomery Te Cuida usted debe:

- Ser residente del Condado Montgomery; y
- Tener más de 18 años de edad; y
- No tener seguro médico —incluyendo Medicaid, PAC, o Medicare—, o
- Tener bajos ingresos económicos.

---

#### PRUEBA DE RESIDENCIA EN EL CONDADO DE MONTGOMERY:

- Contrato de hipoteca o arrendamiento de la casa
- Cuenta de impuesto a la propiedad
- Comprobante de pago de servicios básicos (agua o luz) con nombre y dirección completos (facturas de teléfono celular no serán aceptadas)
- Documentos oficiales de la escuela de sus hijos
- Licencia de conducir con dirección actualizada
- Documento de identidad otorgado por el estado de Maryland
- Pago de impuestos federales o W2 (del último año)
- Colillas de pagos recientes con nombre y dirección completos
- Tarjeta de Registro de Votante
- Declaración escrita en papel membretado de la trabajadora social o del albergue donde reside
- Correspondencia oficial del condado o del estado en papel membretado
- Carta del dueño de casa con su respectiva prueba de residencia

Firme aquí certificando que usted reside en la siguiente dirección, pero no posee ninguno de los documentos mencionados antes:

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

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

#### PRUEBA DE EDAD:

Firme aquí para certificar que usted tiene la siguiente fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

## PRUEBA DE INGRESOS:

- Remuneración de trabajo: *Colillas de pago, declaración de impuestos más recientes y firmados, carta del empleador declarando el ingreso neto por semana o por mes.*
- Ingreso por desempleo: *Declaración de discapacidad/Declaración de desempleo.*
- Ingreso del Seguro Social: *Carta de Seguro Social/Ingreso de Seguro Suplementario SSI.*
- Ingresos por cónyuge y/o manutención de hijos: *Carta de la Corte con declaración de manutención.*
- Ayuda financiera de un(a) amigo(a) o pariente: *Declarando el monto de ayuda proveída al paciente.*
- No recibe ingresos: *Carta firmada por un miembro de su familia, un profesional o alguien más que declare que usted no tiene ingresos, y/o una carta del empleador indicando la terminación del empleo.*

**Firme abajo certificando que usted tiene el siguiente ingreso pero que no tiene ninguno de los documentos mencionados antes, o que no tiene ningún ingreso por el momento:**

INGRESO	MONTO	MARQUE UNO
Remuneración por empleo (por ejemplo: cuidado de niños, construcción) _____		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual
Otros ingresos (por favor haga una lista):		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual
No recibe ninguna remuneración:		
<b>TOTAL</b>		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

## PRUEBA DE SEGURO DE SALUD:

- Seguro de salud a través del empleo
- Medicaid (Asistencia Médica del Estado de Maryland)
- Medicare
- PAC (Cuidado Primario para Adultos)
- MHIP (Plan de Seguro de Salud de Maryland)
- Seguro de salud privado
- Otro: \_\_\_\_\_

**Firme aquí para certificar que usted no tiene seguro de salud**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



# SOLICITUD PROGRAMAS DE SEGURIDAD DEL CONDADO DE MONTGOMERY

**SOLO PARA USO OFICIAL DEL CONDADO:**  
 ID de contacto eICM: \_\_\_\_\_  
 Número de caso: \_\_\_\_\_

Nombre del jefe de familia (Apellido, nombre, segundo n.)	Teléfono residencial	Teléfono del trabajo	Teléfono celular
¿Dónde vive? (Número y calle)	# de depto.	Ciudad	Estado
Código Postal			
Dirección postal (si es diferente a la de su hogar)			
¿Qué idioma habla? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Usted o alguien en su hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Si es así, ¿quién? _____      Fecha de parto _____			
¿Ha recibido algún beneficio de un programa de salud del Condado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Bajo qué nombre? _____	

**SECCIÓN A. MIEMBROS DEL HOGAR**

Llene los espacios en blanco para todas las personas en su hogar. Marque **SÍ** para cada persona por la que está solicitando. Marque **NO** para cada persona por quien no está solicitando. Marque los servicios que solicita.

SOLICITANDO	NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	RELACIÓN CON USTED:	FECHA DE NACIMIENTO MM/DD/AA	SEXO M = Masculino F = Femenino	ESTADO CIVIL M = Casado S = Soltero D = Divorciado P = Separado W = Viudo	*RAZA (Indique abajo para cada una de las personas) A = Asiático B = Negro/ Afroamericano C = Blanco N = Indio americano o nativo de Alaska P = Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico (Puede seleccionar más de un código)	*ETNIA H/L = Hispano/Latino N/L = No Hispano/No Latino	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN, por sus siglas en Inglés)
<input type="checkbox"/> MONTGOMERY CARES <input type="checkbox"/> CARE FOR KIDS <input type="checkbox"/> MATERNITY PARTNERSHIP <input type="checkbox"/> SENIOR DENTAL		MISMO					<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							<input type="checkbox"/> H/L <input type="checkbox"/> N/L	

**\*Usted no tiene que dar información sobre su raza o grupo étnico. No usaremos esta información para decidir si usted es elegible. Si no nos dice su raza, no se afectará su solicitud. El administrador de casos ingresará los códigos solo para fines estadísticos. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitarle esta información.**

**SECCIÓN B. INFORMACIÓN ADICIONAL**

Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador
Nombre (Apellido, nombre, segundo nombre)	País de nacimiento	¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, es: <input type="checkbox"/> Pago privado <input type="checkbox"/> Paga el empleador

**SECCIÓN C. INGRESOS**

¿Alguien en su hogar recibe ingreso por empleo?  Sí  No Si es así, enliste todos los ingresos brutos (de un empleo de tiempo parcial o de tiempo completo, trabajo por cuenta propia, cuidado de niños, trabajos ocasionales, pago de huéspedes o inquilinos)

NOMBRE (Apellido, nombre, segundo nombre)	EMPLEADOR	TARIFA DE PAGO (HORA)	NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS	IMPORTE BRUTO POR PERIODO DE PAGO	FRECUENCIA CON LA QUE LO RECIBE WE = semanal BW = quincenal MO = mensual	FECHA DE INICIO DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	FECHA DE FINALIZACIÓN DEL TRABAJO (MM/DD/AA)	CONDICIÓN DE ESTUDIANTE (Tiempo completo o parcial)

**SECCIÓN D. OTROS INGRESOS QUE SE RECIBEN**

Enliste cualquier otro ingreso que haya recibido, tal como pensión alimenticia, manutención infantil, pensión, Seguro Social, ingresos recibidos por renta de propiedades a otros y beneficios (retiro, beneficios por huelga, desempleo, veteranos, compensación para trabajadores). Incluya beneficios de fuera del estado.

PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO	TIPO (Para beneficios incluya # de identificación de reclamante)	IMPORTE BRUTO QUE RECIBIÓ	¿CUÁNTAS VECES AL AÑO?

**SECCIÓN DE FIRMAS**

***Certifico que la información que proporcioné arriba es verdadera de acuerdo a mi mejor conocimiento y le doy mi permiso al Condado de Montgomery para que contacte a quien sea necesario para verificar mis declaraciones. Leí y estoy de acuerdo con los derechos y responsabilidades que se encuentran en este paquete de solicitud. Sé que me pueden sancionar si, a sabiendas, doy información falsa y declaro, bajo pena de perjurio, que la información declarada en esta solicitud es verdadera, correcta y completa según mi capacidad, mi creer y mi conocimiento.***

Firma del solicitante y/o beneficiario	Escriba en letra de molde (Nombre)	Fecha

# AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR/RECIBIR INFORMACIÓN

Montgomery County Department of Health and Human Services



Por favor imprima toda la información. Use un formulario separado para cada persona o agencia con la que se pueda compartir información.

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del Segundo Nombre</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo/ Género</b>
-----------------	---------------	-----------------------------------	----------------------------	---------------------

El programa de **Montgomery Cares** tiene mi permiso para:

enviar a     recibir de     discutir verbalmente la información proporcionada con:

La Oficina de Elegibilidad y Servicios de Apoyo - Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery  
1401 Rockville Pike, Rockville, MD 20852.

Artículos cubiertos por esta liberación

\_\_\_\_\_ Prueba de edad                      \_\_\_\_\_ Prueba de ingreso  
\_\_\_\_\_ Prueba de identidad                \_\_\_\_\_ Prueba de que vive en el Condado de Montgomery

**Razón por la que se comparte esta información:** Para determinar mi elegibilidad para el programa Montgomery Cares

**Esta autorización es válida** (*Marque sólo uno. No más de un año*)

hasta \_\_\_\_\_ (fecha)     por 90 días     hasta que se cumplan estas condiciones:

Entiendo que, si se me considera elegible para el programa Montgomery Cares, me inscribiré inmediatamente en el programa. Entiendo que mi información no será compartida sin la debida autorización por escrito.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al personal del programa del DHHS. La revocación será efectiva en la fecha en que el DHHS la reciba. La revocación no se aplicará a la información que ya haya sido utilizada o divulgada a través de esta autorización.

El DHHS no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los servicios/beneficios basándose en si firmo esta autorización, a menos que se requiera autorización para determinar la elegibilidad para los servicios/beneficios.

Entiendo que, si las personas u organizaciones que autorizo para recibir y / o usar mi información de salud no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad, es posible que esta información ya no esté protegida y se pueda divulgar.

Entiendo que si esta autorización se refiere a registros de tratamiento de alcohol u otras drogas protegidos por las regulaciones federales a 42 C.F.R. Parte 2, puedo revocar oralmente esta autorización, y mis registros no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito o según lo permitido por las regulaciones.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre, guardián u otra persona autorizada**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Si está firmado por otra persona autorizada, por favor describa la autoridad para actuar en nombre del cliente (Por favor escriba en letra de molde)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del miembro del personal del DHHS**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



**Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery**  
**(Notice of Privacy Practices Summary and Signature Page)**

**Síntesis y Página de Firma de la Notificación sobre Prácticas de Privacidad**

**¿Qué es la Notificación sobre Prácticas de Privacidad?**

La ley nos exige que le proporcionemos una notificación de nuestras prácticas sobre privacidad. Encontrará el texto completo de nuestra Notificación sobre Prácticas de Privacidad adjunto a la presente. El objeto de la *Notificación* es informarle sobre:

- nuestra obligación legal de proteger su información;
- la manera en que compartiremos su información sin su permiso escrito;
- los derechos que usted tiene con respecto a su información;
- con quién se puede comunicar usted para formular preguntas, presentar una solicitud o poner una queja.

**¿Cómo compartiremos su información?**

Nuestro Departamento brinda diversos servicios de salud, apoyo financiero y servicios sociales. Para poder brindarlos, debemos conocer su información personal que puede incluir datos sobre salud, financieros y de otra clase que lo/la identifiquen. A fin de mantener protegida su información sólo la compartiremos cuando la ley nos permita o nos exija hacerlo. Compartiremos su información cuando sea necesario para:

- Brindarle tratamiento y servicios coordinados, y de alta calidad.  
Por ejemplo: comunicaremos información entre programas para referirlo(la) a otros servicios, establecer la elegibilidad o elaborar un plan de atención.
- Obtener pago por los servicios. Por ejemplo: mandar cobros a Medicaid.
- Administrar nuestros servicios y programas. Por ejemplo: revisar la calidad de los servicios que recibe.

La *Notificación* adjunta enumera otros motivos por los que podremos compartir su información. Si nos resulta necesario compartir su información por motivos que **no** están enumerados, solicitaremos su permiso escrito. Usted tiene otros derechos relativos a su información que se enumeran en la página 4 de la *Notificación*.

**Con quién puede hablar para solicitar más Información:**

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestras prácticas de privacidad, desea hacer un pedido con relación a su información o tiene alguna duda o preocupación sobre su privacidad, comuníquese con el empleado de nuestro departamento que trabaja con usted o con el Funcionario de Privacidad al 240 777- 1295. Al final de la *Notificación* se incluye información adicional de a quién recurrir para solicitar más información.

Acuse de recibo del texto completo de la *Notificación*:

\_\_\_\_\_  
**Cliente o Representante Autorizado (Firme en este espacio)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre en letra de imprenta**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del DHHS

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete / traductor, si corresponde

Si no puede acusar recibo, especifique el motivo: \_\_\_\_\_



Mansfield Kaseman  
**HEALTH CLINIC**

A SUBSIDIARY OF COMMUNITY REACH OF MONTGOMERY COUNTY

## Mansfield Kaseman Health Clinic

### Autorización para la Divulgación y Uso de Información Médica por Community HealthLink y MeDHIX

Yo, [REDACTED], paciente en la Clínica Mansfield Kaseman ("Mi Clínica), entiendo que Community HealthLink es un sistema computarizado de intercambio de información médica compuesto de proveedores de salud como Mi Clínica (los miembros de Community HealthLink se conocen como "CHL Members") cuyo propósito es proveer óptimos servicios de salud a individuos como yo al permitir a los proveedores de salud quienes me tratan, tener acceso a mis registros médicos. Entiendo también que Community HealthLink participa de un sistema de intercambio de información médica más extenso llamado MeDHIX, el cual está integrado por otros proveedores de salud (los miembros de MeDHIX se conocen como "MeDHIX"). Entiendo que a menos que yo notifique a Mi Clínica que mis registros médicos ya no pueden ser compartidos con Community HealthLink y MeDHIX, mi información (como se define más adelante) será proporcionada a Community HealthLink y estará disponible para los miembros de CHL y MeDHIX con el propósito de brindarme servicios médicos, y que de otra manera estén permitidos por ley. Sin embargo, entiendo que aun cuando yo notifique a Mi Clínica que mi información ya no puede ser divulgada, mi información continuará estando disponible para los miembros de CHL y MeDHIX a través de Community HealthLink y MeDHIX en ciertas situaciones limitadas que sean permitidas por ley (por ejemplo, para evitar un atentado serio a la salud y seguridad mía y de otros)

- **Propósito de la divulgación y uso de información médica.** Autorizo compartir mi información médica con Community HealthLink y MeDHIX, lo cual facilita a los miembros de CHL y MeDHIX tener acceso a mis registros médicos con el propósito de brindarme servicios de salud.
- **Información cubierta por esta autorización.** Esta autorización cubre información sobre mi persona la cual es creada o recibida por Mi Clínica, como también otros miembros de CHL y MeDHIX, durante el tiempo que me brinden atención médica, incluyendo, pero no limitado a información médica y datos personales o familiares (llamados en conjunto "mi información médica"). Esta autorización también cubre información médica que los miembros de CHL y MeDHIX reciben de otros proveedores.
- **Quién puede recibir, usar o divulgar mi información médica.** Autorizo únicamente a Community HealthLink y MeDHIX para recibir, usar, y divulgar mi información médica entre los miembros de CHL y MeDHIX, incluyendo su personal. Esta autorización médica no permite la divulgación de mi información a individuos o entidades diferentes de Community HealthLink or MeDHIX, a menos que sea permitido o requerido bajo ley federal o estatal.
- **Términos de Autorización.** Esta autorización permanecerá en efecto, a menos que yo la revoque, por un período de diez (10) años desde la fecha en que se firme esta autorización o algún otro período más corto que pueda ser requerido por ley.

Entiendo que puedo, en cualquier momento, pedir por escrito a Mi Clínica o algún otro miembro de CHL o MeDHIX, inspeccionar u obtener una copia de mi información médica.

Firma del paciente

Fecha



**Mansfield Kaseman Health Clinic, LLC**  
**Una subsidiaria de *Community Reach of Montgomery County***  
**Formulario de consentimiento del paciente**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico del Cliente, HIPAA, Formulario de Divulgación,  
Reconocimiento y Designación.**

**1.- Reconocimiento del aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento.**

Al firmar mi nombre a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) y que leí (o tuve la oportunidad de leer), comprendo el Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) y acepto sus términos.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del cliente o representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**2.-** He leído la información adjunta sobre el Intercambio de Información de Salud de Maryland, que se conoce como la red **CRISP**. Entiendo que si firmo este consentimiento, permito que mi proveedor de atención médica tenga acceso a mi información médica, que lo ayudará a hacer mejores recomendaciones sobre mi atención médica.

Además, entiendo que tengo derecho a negarme a permitir que mi proveedor de atención médica acceda a mi información.

Doy mi consentimiento para que mi proveedor de atención médica pueda acceder a mi información médica en la Red *Crisp*.

**3.- Consentimiento para el tratamiento:** Deseo recibir atención médica de la Clínica de Salud Mansfield Kaseman (Clínica Kaseman). Entiendo que los médicos, enfermeras practicantes, enfermeras y otros profesionales de la salud que me atenderán pueden determinar, que ciertas pruebas, tratamientos o consultas que mi médico o sus asistentes determinen que son necesarias o apropiadas para mi atención. Entiendo que, como parte de mi atención integral de la salud, es posible que me hagan pruebas para detectar el consumo de drogas e infecciones de transmisión sexual, incluido el *VIH*. Si tengo inquietudes acerca de hacerme pruebas, hablaré sobre mis preocupaciones con mi proveedor de atención médica.

**4.- Autorización para divulgar información:** Autorizo a Kaseman Clinic a divulgar la información sobre la atención que recibo y mis registros médicos a otros proveedores de atención médica de acuerdo con los formularios HIPAA que he firmado.

**5.- Informes de Salud Pública:** Soy consciente de que la Clínica Kaseman está obligada por ley a proporcionar el nombre de los pacientes que están infectados con TB, VIH y otras infecciones de transmisión sexual y ciertas otras condiciones de salud, incluidas otras enfermedades infecciosas y mordeduras de animales, para el departamento de salud local.

**6.- Oportunidad de hacer preguntas:** He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este consentimiento general y esas preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

**7.- Autorización para divulgar información a otra persona:** He autorizado a Kaseman Clinic a divulgar mi información de atención médica a las personas que se enumeran a continuación.

Nombre de persona autorizada: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de persona autorizada: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre de persona autorizada: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Patient's Responsibility Agreement**

**Acuerdo de responsabilidad del paciente**

1. I understand that once my appointment is scheduled it is my responsibility to remember the **date and time**, and I **must** keep the appointment.

*Entiendo que una vez programada mi cita es mi responsabilidad recordar la fecha y hora, y debo acudir a la cita.*

2. I understand that I must call the Mansfield Kaseman Health Clinic **within 48 hours to cancel or reschedule** my appointment at **301-917-6800** or via email [frontdesk@cmrocks.org](mailto:frontdesk@cmrocks.org)

*Entiendo que debo llamar a Mansfield Kaseman Health Clinic dentro de las 48 horas para cancelar o reprogramar mi cita al 301-917-6800 o por correo electrónico a [frontdesk@cmrocks.org](mailto:frontdesk@cmrocks.org)*

3. I understand failure to notify the Mansfield Kaseman Health Clinic to cancel or reschedule my appointment will result in a **\$50 No-Show Fee** for the missed appointment.

*Entiendo que si no notifico a la Clínica de Salud Mansfield Kaseman para cancelar o reprogramar mi cita, se cobrará una tarifa de \$50 por no presentarse por la cita perdida.*

4. I understand I **must call-in a week in advance** to refill my medication(s).

*Entiendo que debo llamar con una semana de anticipación para renovar/pedir mis medicamentos.*

5. Please note that abnormal labs may result in additional charges that I will be responsible to pay.

*Tenga en cuenta que los laboratorios anormales pueden generar cargos adicionales que debo pagar.*

**I am signing to confirm that I read and understood the four statements above and I am responsible for the charges.**

***Firmo para confirmar que leí y entendí las cuatro declaraciones anteriores y que soy responsable de los cargos.***

Patient Name// Nombre \_\_\_\_\_

Patient Signature// Firma \_\_\_\_\_

Today's Date// Fecha \_\_\_\_\_