

DECLARACIONES Y DERECHOS DE CAMINO A LA SALUD

Lea cuidadosamente lo siguiente antes de firmar.

YO ENTIENDO QUE:

1. Presento mi solicitud para el programa Camino a la Salud y actualmente debo estar inscrito en un programa de Medi-Cal de alcance restringido (por ejemplo, "solo servicios de urgencia") para que aprueben mi solicitud para Camino a la Salud.
2. Mi inscripción en un programa de Medi-Cal de alcance restringido se considerará como una condición para ser elegido para Camino a la Salud.
3. En el momento de la inscripción, debo presentar el justificante de que soy residente de un condado de CMSP en el que solicito la inscripción para Camino a la Salud.
4. Si la información que proporciono como parte de mi solicitud para Camino a la Salud es inexacta, me pueden descalificar inmediatamente del programa. Además, se me pueden facturar todos los servicios que se me brindaron en Camino a la Salud y puedo ser investigado como sospechoso de fraude.
5. No puedo ser elegido para Camino a la Salud si me he dado a la fuga para evitar que me procesen, si estoy bajo custodia o confinamiento después de una condena por un delito grave según las leyes del lugar en el que estoy fugado, o si quebranto la condición de libertad condicional o la libertad condicional impuesta por una Ley Federal o del Estado.
6. Camino a la Salud no es un programa de seguro médico y los beneficios de atención médica del programa están disponibles solamente a través de los centros de salud comunitarios y las farmacias designados.
7. Debo obtener los servicios de Camino a la Salud en el centro de salud comunitario en el que me inscribo en Camino a la Salud y en las farmacias designadas. Entiendo que si recibo servicios de Camino a la Salud de un profesional médico diferente, que no es parte del centro de salud comunitario en el que me inscribí o de farmacias no designadas, es posible que sea responsable del coste de los servicios que recibo y que también se me pueden facturar tales servicios.
8. La inscripción en Camino a la Salud comienza el día en que se completa y aprueba mi solicitud.
9. La inscripción en Camino a la Salud tiene una validez de hasta 6 meses, y debo volver a presentar una solicitud para extender los beneficios de Camino a la Salud durante otro período de 6 meses.
10. Después de inscribirme en Path to Health, soy responsable de informar a mi profesional médico del centro de salud comunitario que soy miembro de Camino a la Salud.
11. Debo mostrar mi tarjeta de identificación de Camino a la Salud a mi profesional médico en el centro de salud de la comunidad cuando recibo atención médica y al farmacéutico cuando recibo las recetas.
12. Debo notificar a mi profesional médico si me mudo o planeo mudarme a otro condado o a otro estado o país.
13. Es posible que se me dé de baja de Camino a la Salud si abuso del programa, como por ejemplo amenazando o interrumpiendo a otros pacientes o al personal del profesional médico en los centros de salud comunitarios y farmacias que participan en Camino a la Salud.

TENGO DERECHO A:

1. Ser tratado de manera justa e igualitaria sin distinción de raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, estado civil o convicciones políticas.
2. Recibir una tarjeta de identificación de Camino a la Salud (y una guía para miembros) dentro de los catorce (14) días siguientes a la inscripción.
3. Que se mantenga toda la información que proporcione al profesional médico donde me inscribo en Camino a la Salud en la más estricta confidencialidad, de conformidad con las leyes de confidencialidad federales y estatales.
4. Cancelar la inscripción de Camino a la Salud cuando lo requiera.

Por la presente declaro que he leído la información en este formulario y que entiendo perfectamente mis declaraciones y los derechos asociados con mi inscripción y participación en Camino a la Salud. Además, entiendo que estas declaraciones y derechos se aplican mientras sea miembro de Camino a la Salud.

Según mi leal saber y entender, certifico y declaro, bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del Estado de California que la información que he proporcionado para la inscripción en Camino a la Salud es verdadera, correcta y completa. Además, al firmar este formulario, autorizo al centro de salud comunitario, así como a los agentes y adjudicatarios del programa Camino a la Salud, a utilizar mi información de inscripción y servicios de atención médica para fines de administración de atención médica que cumplan con todas las leyes de confidencialidad federales y estatales.

Firma del solicitante

Fecha

MIUESTRRA

Firma asistente de la publicidad

Fecha

heúso firmar la declaración anterior.