

# Utah Partners for Health Solicitud de Servicios



*Acceso a la atención médica para los necesitados*

El modelo de Utah Partners for Health está diseñado para cuidar del que no tiene seguro y tiene bajos ingresos. Es una cooperación de profesionales de la salud y la comunidad para proveer acceso al cuidado de la salud para aquellos quienes necesitan. Los profesionales en nuestro programa donan una parte substancial de sus honorarios. Por favor, agradézcale por su apoyo. Su contribución será una pequeña parte del total de la factura. *Utah Partners for Health es una organización caritativa 501 c3.*

Para calificar, usted debe reunir las siguientes condiciones:

- Vivir en la zona de Magna, West Valley, o Kearns.
- Tener un ingreso para el grupo familiar menor a \$ 35,000 – Necesita presentar el talón de su cheque de sueldo u otro comprobante oficial para verificar.
- No tener ningún tipo de seguro médico.
- Necesita atención médica

Este formulario deberá ser completado en cada visita. Para calificar por citas adicionales sírvase llamar al 250-9638, interno131.

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre del tutor si el paciente es un niño/a \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero  Casado  Separado:  Divorciado:  Viudo:

¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas personas viven en su domicilio? \_\_\_\_\_

¿Checke si es madre soltera? \_\_\_\_\_

¿Cuánto gana cada persona por mes? \_\_\_\_\_ Ingreso total mensual del Grupo Familiar \_\_\_\_\_

Grupo étnico: (Seleccione solo uno) Hispano o Latino  No Hispano o Latino

Raza: (seleccione uno o mas ) Indio/Alaska-Americano Nativo  Asiático  Afro americano  Islas del Pacifico   
Caucásico

## NECESIDAD MÉDICA (Sírvase describir su necesidad)

**DONACIÓN VOLUNTARIO (Opcional) – Contribuyen para ayudar otros que tener necesidad. Eso no es requerido. Es un oportunidad a ayudar otros pacientes a recibir ayuda. Los costos de nuestro programa quedar bajos.**

Marque uno:

- Sí, me gustara contribuir \$5.00 extra a mi co-pago
- Sí, me gustara contribuir cantidad a mi co-pago \$ \_\_\_\_\_
- No puedo hacer una donación adicional en ese momento.

## DECLARACIÓN SOBRE CONFIDENCIALIDAD

Utah Partners for Health adhiere a las pautas de HIPAA para proteger su información de salud. Nosotros divulgaremos su información médica protegida para proveer, coordinar, o administrar el cuidado de su salud y otros servicios relacionados y para apoyar las actividades de esta Fundación. Divulgación a otros será hecha únicamente con su consentimiento, autorización u oportunidad para objetar, a menos que fuese requerido por ley.

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

Sírvase retornar la solicitud completa y adjuntos a **Utah Partners for Health, 3665 S, 8400 W. Magna, UT 84044**

Para más información: [www.upfh.org](http://www.upfh.org) o 801-417-0131.