



APLICACIÓN DE ESCALA DE TARIFA DE ACUERDO A LOS INGRESOS

LK Health
901 W. Whittier Blvd.
Montebello, CA 90640
(323) 728-8588
www.lkmed.org

Instrucciones a los Padres ó Paciente:

- Para poder atender a toda la población de pacientes de LK Health, ofrecemos descuentos en los servicios médicos a través de nuestro programa de tarifa a pacientes que cumplan con los requisitos de acuerdo a los ingresos y tamaño del hogar.

No hay ningún costo para completar la aplicación. El costo de su visita se determinará por su ingreso y tamaño de su familia. La información es confidencial. Este es un programa voluntario y usted tiene el derecho a rehusar.

¿Cuántas personas hay en su familia? _____

¿Qué cantidad de dinero recibe su familia antes de descontar los impuestos? \$ _____ o \$ _____
Mensualmente Anualmente

Información del paciente

¿Tiene el paciente una tarjeta de beneficios del estado de California (BIC) ó tarjeta de Medi-Cal? Sí No

Si respondió que sí, ¿cual es el número de la tarjeta BIC (si está disponible)? _____

Nombre del paciente - Apellido		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número de seguro social del paciente (SSN) (opcional)	

Si se trata de una persona sin hogar, marque aquí. Escriba la ubicación general en la sección de "Domicilio" y llene la sección de "Dirección postal".

Domicilio	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	-----------------------	--------	--------	---------------

Condado de residencia

Dirección postal (si es diferente al domicilio)	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
---	-----------------------	--------	--------	---------------

Para los pacientes menores de 18 años de edad, por favor complete esta sección.

Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	Número de la tarjeta BIC o de la tarjeta de Medi-Cal o el número de seguro social de la madre
---	---

Información del padre/tutor legal

Nombre del padre/tutor legal o paciente menor de edad emancipado - Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
---	---------------	----------------------------

Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono del trabajo ()	Número de teléfono para mensajes ()
-----------------------------------	---------------------------------------	---

¿Qué idioma habla en casa?	¿Qué idioma lee mejor?
----------------------------	------------------------

Certificación

Estoy solicitando hoy un examen de salud. Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario. Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa.

Firma del paciente, padre/tutor o menor de edad emancipado	Relación con el paciente	Fecha
--	--------------------------	-------

Las personas tienen el derecho de revisar los registros que contienen su información personal. La institución oficial responsable de mantener la información es la clínica LK Health.

<p>PROVIDER USE ONLY Eligibility Checklist</p> <p>Supporting documentation on file establishes that recipient:</p> <p><input type="checkbox"/> Showed proof of income for last 30 days, for ALL PERSONS IN THE HOME from any source (paycheck stub, tax return, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Showed proof of County Residency</p> <p><input type="checkbox"/> Showed Valid Identification Card (CA Driver's License, Social Security Card etc.)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Patient did not have supporting documentation today.</p> <p><input type="checkbox"/> Patient did not qualify for the SFS Program</p> <p><input type="checkbox"/> Patient declined to be assessed for SFS eligibility</p>
--