

Show Me Healthy Women – WISEWOMAN Eligibility Agreement Form, Spanish version

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social. # _____
mes día año (opcional)

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

El Departamento de Salud y de Servicios para Personas de Edad Avanzada de Missouri le invita a ser parte del programa Mujeres Saludables de Missouri/ Mujeres Inteligentes. Si usted califica, recibirá exámenes del seno y cervical, y una evaluación de enfermedades del corazón y la probabilidad de tener una ataque, gratuitos. El Programa de Mujeres Inteligentes también provee educación y recursos para mejorar sus hábitos alimenticios, tener una vida saludable y disminuir los riesgos de tener un ataque al corazón.

Si los resultados fueran anormales, trabajaremos con el Departamento de Servicio Social para obtener exámenes adicionales, incluyendo el tratamiento si es necesario. El programa de Mujeres Inteligentes, no paga por el tratamiento de enfermedades del corazón como alta presión, pero la clínica lo asistirá para obtener cuidado médico secundario si es necesario.

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y ASEGURANZA DE SALUD (seguros) *(Por favor indique toda lo que aplica.)*

Esta usted recibiendo: Seguro de desempleo Medicaid TANF (Ayuda Estatal)
 WIC Medicare Parte A o Parte B
 ¿Ha aplicado para recibir Medicaid? Si-No

¿Tiene usted Seguro de Salud?	Si	No
¿Tiene usted un deducible en su seguro?	Si	No
¿Puede usted pagar el deducible?	Si	No
¿Tiene usted el Seguros llamado HMO?	Si	No

Acuerdo del Cliente

No he presentado documentación sobre mis ingresos. Declaro que mis ingresos no sobrepasan los límites salariales de la guía del programa Mujeres Saludables de Missouri / Mujeres Inteligentes. _____ (su inicial)

He recibido los requisitos del programa Mujeres Saludables de Missouri / Mujeres Inteligentes y califico para estos proyectos.

Personal del proyecto me ha informado cuáles exámenes paga el programa de Mujeres Saludables de Missouri y de Mujeres Inteligentes, y también el posible riesgo de efectos secundarios de estos exámenes.

Entiendo que los servicios disponibles a través del programa Mujeres Saludables de Missouri/ Mujeres Inteligentes son gratuitos.

Entiendo que es mi responsabilidad cuidar mi salud. Soy responsable de cumplir y mantener las citas médicas.

Entiendo que personas asociados con el programa Mujeres Saludables de Missouri, y Mujeres Inteligentes me pueden poner en contacto para recibir servicios médicos y consejos.

Entiendo que necesito contactarme con la clínica para saber los resultados de mis exámenes.

Entiendo que ningún examen es 100% exacto.

Estoy de acuerdo en participar en los dos exámenes y las sesiones educativas para mejorar mi estilo de vida que ofrece Mujeres Inteligentes.

Se que en un año me llaman para regresar para una prueba, para detectar si mi cambio de vida saludable, ha cambiado mi salud.

Confirmando que he leído o se me ha leído la información anterior.

Confirmando que toda información antes mencionada es correcta.

Como cliente que esta recibiendo servicios financiados por el programa Muéstreme Mujeres Saludables/Mujeres Inteligentes, la información protegida del cuidado médico será compartida con el personal apropiado en el Departamento de Salud y de Servicios para Personas de Edad Avanzada y de otras agencias según los requisitos de la fuente del financiamiento federal. Yo reconozco que me han dado una copia de las Políticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios para Personas de Edad Avanzada de Missouri y que me han dicho a dónde puedo obtener revisiones subsiguientes a este aviso. Si este documento es firmado por el Tutor (Custodio) del poder duradero para atención médica, por favor adjunte una copia de las cartas de nombramiento del Tutor o una copia del Poder Duradero (Poder Notarial).

_____/_____/_____
 Firma del Cliente/Tutor/ Fecha
 Poder Duradero para atención médica (DPOA-HC)