



VALLEY OF JOPLIN SCOTTISH RITE CARE

Valley of Joplin Scottish Rite
505 S Byers, Joplin, MO 65801

SOLICITUD DE ASISTENCIA

SECCIÓN I

1. Nombre de niño _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

2. Residencia de niño _____
Número y Nombre de Calle Ciudad/Pueblo Estado/Providence Código Postal

3. Edad: _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
Día Mes Año

4. Nombre de Padre _____ Edad _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: _____
Número y Nombre de Calle Ciudad/Pueblo Estado/Providence Código Postal

Número de teléfono: _____
Código de Área. Número

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado o Viudo

5. Nombre de Madre _____ Edad _____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: _____
Número y Nombre de Calle Ciudad/Pueblo Estado/Providence Código Postal

Número de teléfono: _____
Código de Área. Número

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado o Viudo

6. Tutor Legal (si es diferente de la información previa): _____ Edad _____
Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

Dirección: _____
Número y Nombre de Calle Ciudad/Pueblo Estado/Providence Código Postal

Número de teléfono: _____
Código de Área. Número

Estado civil: _____ Soltero _____ Casado _____ Separado _____ Divorciado o Viudo

7. Descripción de Dolencias: _____

8. ¿Ha recibido el niño tratamiento previo de Scottish Rite clinic? _____ Sí _____ No
Si "sí," da el nombre de la clínica y la fecha de solicitud aproximada _____

Si el niño está actualmente bajo el cuidado de un doctor, por favor completa la sección IV de esta solicitud. Si el niño no está bajo del cuidado de un doctor, da el nombre, dirección y número de teléfono del doctor que trató al hijo más recientemente.

Nombre de doctor Dirección Número de Teléfono

Sección II (Que se completa por los padres o tutor legal)

1. Número de niños dependientes _____ Edades _____

Padre/Tutor Legal

Madre

2. Nombre del empleador _____

3. Dirección del empleador _____

4. Fecha de empleo _____

5. Tipo exacto del trabajo (marca uno) _____ Tiempo Completo Medio Tiempo
\$ _____ \$

6. Sueldo neto de cada cheque _____
 Semanal Bimenstral Semanal Bimenstral

7. Ingreso anual de cualquier otro fuente \$ _____ \$

Indica fuente

8. Ingresos totales sujetos a impuestos según la declaración fiscal del año anterior \$ _____ \$

9. Empleador anterior _____

10. Duración del empleo _____

11. Salario anterior \$ _____ \$ _____

12. Haz una lista de bienes de ambos padres o tutor legal (excepto casa o automóvil) _____

13. ¿Alquila su residencia principal? _____ Pago Mensual \$ _____

14. ¿Dueño propio de su hogar? _____ Pago mensual de hipoteca \$ _____

15. ¿El niño tiene seguro médico de parte de los empleadores de ambos padres? Sí No

16. Si hay póliza de los empleadores de ambos padres indica ambas compañías

a. Seguro médico de padre Nombre de la compañía _____

Número de la póliza _____

b. Seguro médico de madre Nombre de la compañía _____

Número de póliza _____

17. ¿Debe actualmente por cualquier tratamiento médico para este niño que no está cubierto por seguro? Sí No

Indica Cantidad: \$ _____

18. ¿Ha tenido otras facturas médicas? _____ Sí _____ No

19. ¿Tiene Medicaid? _____ Sí _____ No ¿Han negado cobertura Medicaid o su seguro? _____ Sí _____ No

(Ajunta la negación a esta solicitud)

20. Comentarios: _____

Firma del Padre

Firma de la Madre

Firma de Tutor Legal

SECCIÓN IV

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Fecha _____

1. Nombre del paciente _____ Edad _____

2. Describa la enfermedad o discapacidad _____

3. ¿Sabes si le han hecho algún tratamientos previos al paciente para esta condición? _____

Describe _____

4. Edad de evolución del niño _____

5. Observaciones y recomendaciones _____

6. Nombre del médico (Escrito, por favor) _____

7. Dirección del médico _____
Número y Nombre de Calle Ciudad/Pueblo Estado/Providencia Código Postal

8. Firma del médico _____

SECCIÓN V

**QUE SE COMPLETADO A LA CLÍNICA
(Si aplica)**

Recomendación de la clínica _____

Firma del médico _____

SECCIÓN VI

AUTORIZACIÓN PARA USAR LA INFORMACIÓN

Autorización para usar la información (Opcional)

Yo, _____ autorizo a Valley of Joplin Scottish Rite Care Inc a utilizar información médica especificada de mi hijo(a), _____, que nació el _____, que es relacionado al cuidado en esta solicitud y o fotografía, videos, o grabación de audio para los siguientes propósitos:

| | Sí | No |
|---------------------------------------|-------|-------|
| Publicidad y materiales promocionales | _____ | _____ |
| Historias en la media | _____ | _____ |
| Eventos de recaudación de fondos | _____ | _____ |
| Artículos periodísticos | _____ | _____ |

Yo entiendo que la información divulgada de conformidad con esta solicitud puede ser redisclosado a otra organizaciones y partes y no estará protegidas.

Yo entiendo que al firmar, autorizo a Valley of Joplin Scottish Rite Care, acceder a la información de las notas clínicas de mi niño, tales como y sin limitación; una condición antes del tratamiento, procedimiento de tratamiento y terapias, y los resultados posteriores al tratamiento.

Yo entiendo que puedo revocar esta solicitud en cualquier momento solo por firmar una forma de revocación y entregarla a las oficinas de Valley Joplin Scottish Rite Care, Inc. en SOS Byers del Sur en Joplin, Missouri. Además entiendo que está revocación no aplica a las personas autorizadas para usar o revelar la información médica de mi niño que ya ha actuado de confianza en esta solicitud.

Firmado, _____

(Padre)

Firmado, _____

(Madre)

Firmado, _____

(Tutor legal sí aplica)

En la presencia de: (Testigo) _____ Fecha _____

**SECCIÓN
VII**

QUE SE COMPLETA POR LA JUNTA DE RITE

(Solo para el uso de la oficina)

1. Recibido por la administración Fecha: _____

2. Revisado por la administración Fecha: _____

3. Comentario del administración del reviso: _____

4. Presentado al consejo de administración: Fecha: _____

5. Acción del consejo: _____ Apruebad

_____ Rechazado

_____ Modificado

6. Explicación de la modificación: _____

7. Familia fue notificada por: _____ Fecha: _____

8. Proveedor fue notificada por : _____ Fecha: _____