



VALLEY OF JOPLIN SCOTTISH RITE CARE

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

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Resumen de Ayuda Solicitada

Fecha: _____ Edad: _____

1. Nombre de niño que se requiere ayuda: _____

2. Nombre(s) de padre(s)/ tutor legal _____

3. Dirección _____

4. Número de teléfono _____

5. Correo electrónico _____

6. Descripción de ayuda requerida:

(Incluye un breve resumen de la condición médica, lo que necesita ser financiado, y la suma de fondos solicitados)

7. Proveedor médico

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____



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

SECTION

1. Nombre dle niño _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

2. Residencia del niño _____
Número y Nombre de Calle Ciudad Estado Código Postal

**CONDICIONES DE LA SOLICITUD
PADRES O TUTOR LEGAL LEE CUIDADOSAMENTE**

La solicitud se realiza por la presente para el tratamiento del niño mencionado anteriormente a través de la Scottish Rite Foundation. La aceptación del niño para el examen, tratamiento o cuidado es bajo las condiciones , y con condiciones, con los consentimientos, en esta solicitud indicada.

Por la presente acepto lo siguiente:

- a. Entregar al niño a la clínica cuando se le solicite hacerlo, y acudir por el niño inmediatamente después de ser notificado por las autoridades de la clínica;
- b. Renunciar y ceder todas y cada una de las reclamaciones or responsabilidades contra las clínicas, sus corporaciones asociados, afiliadas, anexantes o matrices, y cualquier parte de la Scottish Rite Body, o miembro, o el club, o Scottish Rite Mason, que surjan de o estén relacionados de alguna manera con el transporte de dicho niño, su familia or tutor legal, de un lugar a otro, por cualquier medio, en conexión con cualquier examen, tratamiento o cuidado de dicho niño; e indemnizar a dichas personas, empresas or corporaciones contra toda pérdida, costo, o gasto que resulte para dichas partes en cuenta de cualquier reclamo mío o de dicho niño.

Además, en relacion con el tratamiento o cuidado de dicho niño, por la presente doy my consentimiento y autorizo a:

- a. Dicha atención clínica que abarque el tratamiento diagnóstico de rutina, incluyendo la atención ambulatoria, a que el jefe personal o sus asistenes o designadas lo considerarán necesario, a su juicio.
- b. En caso de emergencia, que el niño pueda ser transferido por las autoridades de la clínica a cualquier otra clínic o centro para recibir atención o tratamiento.

Reconocimiento de que no se ha prestado ningún servicio médico:

Yo, _____ reconozco que el Valley of Joplin Scottish Rite Care, Inc. no ha prestado ningún servicio médico a _____, mi hijo(a). También reconozco que el Valley of Joplin Scottish Rite Care, Inc., si la solicitud es aprobada, sólo proporcionaron fondos y no recomiendan ni proporcionan ninguna forma de atención médica ni recomiendan ni requieren ningún tratamiento o proveedor específico.

ALTERAR ESTA SOLICITUD DE CUALQUIER MANERA RESULTARÁ EN DESAPROBACIÓN

Firmado por _____ (Padre)

Firmado por _____ (Madre)

Firmado por _____ (Tutor Legal si aplica)

Atestiguado por: _____ Fecha: _____

(NOTA: si una persona que no sea los padres firma esta solicitud, o si los padres están divorciados, la tutela legal or control de este niño debe ser establecido con documentos de custodia u otros documentos legales apropiados estableciendo la autoridad para firmar la solicitud)

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: _____ Apruebado

_____ Rechazado

_____ Modificado

6. Explicación de la modificación: _____

7. Familia fue notificada por: _____ Fecha: _____

8. Proveedor fue notificada por : _____ Fecha: _____