

HealthNet of Rock County, Inc.

1344 Creston Park Dr. Suite 2 Janesville, WI 53545

Phone: 608-314-1940

www.healthnet-rock.org

HealthNet de Rock County, Inc. es una clínica de salud de servicios gratuitos sin fines de lucro basados en voluntarios dedicada a brindar cuidado de salud a personas sin seguro y de bajos ingresos y las familias del Condado de Rock.

**HealthNet brinda servicios Dentales y Medicamentos a nuestros pacientes.
No ofrecemos tratamiento médico urgentes o de emergencia.**

Su Responsabilidad hacia Healthnet, y nuestro personal/voluntarios:

1. Citas programadas: Faltar a una Cita dará como resultado la suspensión de los servicios Dentales

- Si usted no asiste a una Cita programada o llama con menos de 24 horas de anticipación para cancelarla, sus servicios serán suspendidos de la siguiente manera:

Primera vez: Suspensión de los servicios por **6 meses**.

Segunda vez: Los Servicios seran suspendidos por **12 Meses** desde el día de su falta

Tercera vez: Si esto pasa, **el paciente será suspendido como un paciente de Healthnet indefinidamente**

2. Citas fuera de la clínica HealthNet:

No asumimos la responsabilidad de los gastos incurridos de cualquier cita o procedimiento que no es autorizada por un representante de HealthNet. Se requiere un formulario de remisión antes de cualquier servicio. El paciente es responsable de recoger el formulario y llevarlo a la cita.

3. Necesita proveer su información personal y de sus ingresos actualizada:

Debe notificar a HealthNet de cualquier cambio en los ingresos o empleo. Necesitará demostrar copia de su talón de cheque más reciente si hay cambio de sueldo para alguna persona en el hogar. Es posible que estos cambios lo hagan elegible para cualquier programa Federal, e inelegible para nuestros servicios. Si llega a ser elegible para seguros privados, necesita notificar a HealthNet.

Todos los cambios en los números de teléfono y dirección, deben ser realizados inmediatamente.



HealthNet of Rock County, Inc.

1344 Creston Park Dr. Suite 2 Janesville, WI 53545

Phone: 608-314-1940

www.healthnet-rock.org

4. Tratar a los representantes de HealthNet tratar con respeto.

HealthNet de Rock County, Inc. es una organización de voluntarios. Sólo podemos ofrecer estos servicios si los voluntarios están tratados con respeto. Estos proveedores médicos están donando su tiempo y ofrecen servicios que le cobran a otras personas en la comunidad. Demuestre su agradecimiento de los servicios mostrándoles paciencia y gratitud. Si no trata con respeto a uno de nuestros voluntarios o miembros del personal, **USTED YA NO SERA ELEGIBLE PARA NUESTROS SERVICIOS DE HEALTHNET.**

Tengo entendido que HealthNet de Rock County, Inc. es una clínica de salud gratuita sin fines de lucro y no ofrece cobertura de seguro. Entiendo que HealthNet quizás no pueda satisfacer todas las necesidades de salud que pueda tener. También entiendo que HealthNet de Rock County, Inc. no asume responsabilidad por procedimientos de remisión que se organizan fuera de la clínica. HealthNet no se responsabiliza por cobros que pueden derivarse.

Como un paciente de HealthNet, estoy de acuerdo con todos los acuerdos contractuales mencionados en este contrato. Tengo entendido que mi familia y yo ya no seremos elegibles para los servicios de HealthNet si no cumplimos con las pólizas indicadas en este contrato. Además, certifico que la información que he dado a HealthNet esta corriente y correcta. HealthNet se reserva el derecho de verificar cualquier información que he dado.

AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO USTED ESTA DE ACUERDO DE QUE NO TIENE SEGURO MEDICO , OH QUE TIENE SEGURO DENTAL ATRAVEZ DEL PROGRAMA DE MEDICAID Y AFIRMA QUE LA INFORMACIÓN CITADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA Y EXPLÍCITA.

Firma (Paciente, Tutor Legal, o Representante de la familia)

Fecha de Hoy

Firma de Representante de HealthNet

Fecha de Hoy

HealthNet of Rock County, Inc.

1344 Creston Park Dr. Suite 2 Janesville, WI 53545

Phone: 608-314-1940

www.healthnet-rock.org

Notificación de suministro de medicamentos

Como paciente de HealthNet de Rock County, Inc. es su derecho a tener en cuenta el origen de los medicamentos que recibe así como otras prácticas empleadas por HealthNet de Rock County, Inc. Es su derecho a negar medicamentos proporcionados a usted y solicitar que prescripciones sean transferidas a una farmacia de su elección si lo desea. Por favor tenga en cuenta que HealthNet de Rock County, Inc. no proporciona asistencia financiera de cualquier tipo de medicamentos fuera de nuestras instalaciones.

Medicamentos suministrados a los pacientes de HealthNet de Rock County, Inc. se obtienen de las siguientes fuentes:

- Compañías farmacéuticas que participan en el programa de asistencia del paciente (gratis)
- Compradas por HealthNet de distribuidores farmacéuticos
- Muestras donadas de parte de clínicas médicas y representantes farmacéuticos (gratis)
- Donaciones de medicamentos abiertos/cerrados de miembros de la comunidad y medicina (gratis)

Es la póliza de HealthNet de Rock County Inc. de entrenar al personal de farmacia para que inspeccione todos los medicamentos donados antes de ser repartidos a los pacientes. HealthNet de Rock County, Inc. también protege la confidencialidad de los donantes de medicamentos para garantizar el cumplimiento de las leyes de la HIPPA sobre el intercambio/difusión de la información médica.

Además, por la aprobación de la Junta de directores, HealthNet de Rock County, Inc. podrá dispensar medicamentos expirado hasta un año, que el fabricante indica la fecha de caducidad en los medicamentos que no tienen un índice terapéutico estrecho. Esta decisión está basada en numerosos estudios en la comunidad médica en la eficacia de los medicamentos después de la fecha de caducidad.

Con la firma en este acuerdo, usted declara que se ha hecho consciente de las posibles fuentes que proporcionan los medicamentos y que saben de política HealthNet de Rock County, Inc. sobre el uso de medicamentos expirados. Usted también es consciente de que tiene derecho a solicitar por escrito las recetas para medicamentos recetados para que sean llenadas en una farmacia de su elección a su cargo, si lo desea.

Nombre del paciente (impreso): _____

Firma del paciente: _____ fecha de hoy: _____

Firma del tutor legal: _____ fecha de hoy: _____

(si el paciente es menor de 18 años de edad)



HealthNet of Rock County, Inc.

1344 Creston Park Dr. Suite 2 Janesville, WI 53545

Phone: 608-314-1940

www.healthnet-rock.org

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

HealthNet de Rock County, Inc. se compromete a mantener su información médica privada. Sin embargo, es su derecho a determinar si otros pueden tener el privilegio saber de su información médica. Puede indicar a otros que puedan tener acceso a su información médica y usted también puede revocar los privilegios de cualquier persona que usted indique en cualquier momento por escrito.

Además, también puede indicar a personas que pueden recoger medicamentos y otras formas, papeles de laboratorio, etc. en su nombre. Tenga en cuenta que de todos modos requerimos que los pacientes recojan sus propios medicamentos por lo mínimo cada 2 meses. También, tenga en cuenta que si permite que otra persona recoja sus medicamentos en su nombre, HealthNet de Rock County, Inc. no se hace responsable por ningún tipo de medicamentos perdidos. También que quede claro que si se necesitan firmas en medicamentos de programa de asistencia y no recoge sus medicamentos en persona, no podrá recibir ese medicamento en su próxima visita.

Esta autorización será válida por 1 año desde la fecha de firma.

Yo autorizo el siguiente individual para que tenga acceso a la información médica según lo especificado y entender que HealthNet de Rock County, Inc. no se hace responsable de cualquier revelación de información por este individuo:

Nombre: _____

Relacion: _____

El Individual puede:

- Pedir información médica en mi nombre
- Recoger mis medicamentos en mi nombre
- Recoger formularios/archivos que podrían revelar mi información médica
- Hablar sobre mi atención médica con el personal de HealthNet (resultados de laboratorio, planes de tratamiento, medicamentos, etc.)
- Otros (en específico): _____
- No quiero indicar otro individual con acceso a mi información médica o para recoger mis medicamentos en mi nombre en este momento.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

La autorización es válida durante 1 año desde la fecha de firma y puede ser revocada en cualquier momento.