



## PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA SIN COSTO EN CASOS AGUDOS O PARA TRAUMATISMOS

Si ha recibido servicios de TRAUMA en el Hospital Henry Mayo Newhall Hospital, usted puede ser elegible para recibir atención médica SIN COSTO de acuerdo al programa del Condado para Servicios de Trauma.

Adjunto encontrará una solicitud de elegibilidad que deberá completar en su totalidad y firmar, fechar para que pueda dar comienzo al procedimiento de revisión.

En caso de que necesite alguna información adicional, no dude en comunicarse llamando al número indicado a continuación.

Incluya la información anterior con su solicitud completa y envíela a:

Henry Mayo Newhall Hospital  
23845 McBean Pkwy  
Valencia, CA 91355  
Attn: Servicios Empresariales

o entregue en mano al departamento de registro en el área de admisión principal, tan pronto como sea posible. La información faltante puede descalificarlo de la aprobación.

Para obtener más información sobre el Programa de asistencia financiera, puede visitar nuestro sitio web en: <https://www.henrymayo.com/patients-visitors/patient/billing-and-insurance/financial-assistance-programs-charity-care/>

Si necesita más información o ayuda para completar la solicitud, haga una cita para ir al hospital a los Servicios de Acceso al Paciente, Admisión Principal, o llame al 661.200.1050, de lunes a viernes, de 7:00 am a 7:00 pm PM y un representante lo asistirán. También puede comunicarse con Servicios Comerciales al número que se encuentra a continuación.

**TRAUMA SERVICE COUNTY ELIGIBILITY (TSCE) AGREEMENT**

Hospital de servicios de Trauma/Medico  
Servicio

Numero de Paciente

Fecha(s) de

[f pt phys admit/er]

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**

Nombre del paciente:

Pariente responsable del Paciente	Nombre(s)	Dirección
Número de Seguro Social	N.º de teléfono	Fecha de nacimiento

Tiene cobertura de terceros (por ejemplo, Seguro privado) que cobra parcial o totalmente los gastos de estos servicios médicos?

SI

NO

CALCULO DEL TSCE:(Obtenido del NIVEL Federal de pobreza para el año 2017 4/1/17)

MARQUE CON UN CIRCULO UN ELEMENTO POR COLUMNA: Estime el tamaño de la familia basado en el número de personas en la casa del paciente. Estime el ingreso del paciente y los parientes responsables antes de impuestos y deducciones.

Tamaño de la familia	Ingresos mensuales:	Ingresos anuales
1	\$2,010	24,120
2	2,707	32,484
3	3,403	40,836
4	4,100	49,200
5	4,797	57,564
6	5,493	65,916
7	6,190	74,280
8	6,887	82,644
9	7,584	91,008
10	8,281	99,372
11	8,978	107,736
12	10,311	123,372

(Para familias con mas de 12 miembros, añada \$697 mensuales y \$8,364 anuales por cada miembro adicional.)

Mi/nuestro ingreso mensual y anual es menor que o igual a la cantidad indicada anteriormente.

CERTIFICACIÓN TSCE

Yo/Nosotros comprendemos que para reunir los requisitos del TSCE para los servicios del salud recibidos en las fecha(s) mencionadas

Anteriormente, mi/nuestro ingreso mensual y anual debe ser menos que o igual a la cantidad correspondiente al número de personas en

Mi/nuestra familia. Yo/Nosotros no seremos responsables por estos servicios de salud.

Yo/Nosotros comprendemos y estamos de acuerdo que usted este de acuerdo debe registrarse bajo las condiciones expuestas en el TSCE, que están a

mi/nuestra disposición para su revisión y que cooperaremos totalmente con los servicios del Condado y el Servicio de Trauma del Hospital de acuerdo al TSCE.

CON LA FIRMA, YO/NOSOTROS, EL PACIENTE O PARIENTES DEL PACIENTE DAMOS FE BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA

INFORMACION QUE HEMOS PROPORCIONADO PARA DETERMINAR SI REUNO LOS REQUISITOS PARA LOS SERVICIOS DE TRAUMA DEL CONDADO COMO SE MENCIONO ANTERIORMENTE POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN TALES FECHAS ES VERDADERO Y

COMPLETO SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER. TAMBIEN DOY/DAMOS FE QUES HE REVELADO MI/NUESTRA COBERTURA DE

TERCEROS PARA QUE PUEDAN PAGAR POR LOS GASTOS DE LOS SERVICIOS MEDICOS RECIBIDOS. YO/NOSOTROS ENTENDEMOS

QUE SI YO/NOSOTROS ENTENDEMOS QUE UNA TERCERA O PRIMERA DEMANDA O PLEITO DEL PARTIDO, LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

MEDICOS DEL CONDADO DE LOS ANGELES, TENDRAN EL DERECHO DE RECUPERAR TODOS LOS CARGOS RAZONABLES DEL

HOSPITAL Y DEL MEDICO INCURRIDOS DURANTE LA FECHA ARRIBA REFERICA DEL SERVICIO Y OTROS SERVICIOS MEDICOS

RELACIONADOS A ESTO SEGUN LO PERMITIDO POR LA LEY DEL ESTADO. ESTO INCLUYE LOS CARGOS DEL FACTURA COMPLETOS DEL HOSPITAL.

\_\_\_\_\_  
/ /  
Firma del paciente

Fecha

\_\_\_\_\_  
/ /  
Si el paciente no puede a firmar  
Firma del familiar responsable

Relación al paciente

Fecha

\_\_\_\_\_  
/ /  
El encargado de repasar los TSCE del Hospital  
(Necesario para verificar la información y firma precedentes)

Fecha

**ESTE DOCUMENTO O EL B-1.2 DEBE GUARDARSE CON LOS DATOS ECONOMICOS DEL PACIENTE**

**TRAUMA DEMOGRAPHIC DATA FORM (TDDF)**

Required by County for Trauma Billing

Nombre del paciente:

Lugar de nacimiento:

\_\_\_\_\_  
Ciudad:

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
El país

Nombre y apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

Origen étnico:

- (1) Blanco
- (2) Negro
- (3) Hispano
- (4) Nativo norteamericano/esquimal
- (5) Asiático/isleño del Pacífico
- (6) Filipino
- (7) Otro

Tipo de empleo:

- Desempleado
- Agricultura, silvicultura, pesca
- Peones, ayudantes, trabajo manual, inspección, reparación, producción, transporte
- Ventas/servicios
- Apoyo ejecutivo/administrativo/gerencial/profesional técnico o relacionado
- Otro

Ingresos mensuales \$ \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia (contar al paciente como 1) \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos:

- (0) Ninguna
- (1) Asistencia general
- (2) Sueldos
- (3) Empleo autónomo
- (4) Discapacidad
- (5) Jubilación
- (6) Otro, por ejemplo, desempleo, beneficios de la Administración de Veteranos, intereses, dividendos, alquiler, manutención de menores, pensión alimenticia, etc.

## CERTIFICACION DE HOSPITAL DE INHABILIDAD DE COOPERAR

\_\_\_\_\_  
 Hospital/Medico de Servicio de Trauma      Numero de Registro Medica      Fecha(s) de  
 Servicio

NOTA: los Pacientes desinclinados o se negar cooperar no tienen derecho a la Asistencia médica de California del Programa Indigentes

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

\_\_\_\_\_  
 Apellido      Nombre      Segundo  
 nombre

\_\_\_\_\_  
 Calle      Ciudad      Estado  
 Codi go postal

\_\_\_\_\_  
 Pariente responsable del paciente      Nombre(s))      Dirección

\_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_  
 Número del Sequero Social      Número de Teléfono      Fecha de  
 Nacimiento

Yo/Nosotros CERTIFICAN BAJO PENA DE PERJURIO POR MI/NUESTRA FIRMA QUE HEMOS USADO TODO LOS MEDIOS DEL RAZONABLE DE DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DEL PACIENTE DE ACUERDO CON el ACUERDO de TSCE. EXPRESAMENTE, HEMOS USADO TODOS LOS MEDIOS DEL RAZONABLE:

- 1) Obtener los nombres y direcciones del paciente y los parientes responsables del paciente.
- 2) Obtener la verificación de dirección aceptable, y
- 3) Obtener toda la información tenía que completar el acuerdo TSCE, incluso de información en cuanto a los ingresos y tamaño de familia del paciente y los parientes responsables del paciente, y el tercero del paciente cobertura.

El paciente y/o los parientes responsables del paciente, si alguno, eran INCAPACES de cooperar totalmente porque.

---

**Y AL MEJOR DE NUESTRO CONOCIMIENTO Y CREENCIA, EL PACIENTE O EL PACIENTE PARIENTES RESPONSABLES SON INCAPACES DE PAGAR PARA EL COSTE DE SEGURIDAD SOCIALA CONDICION DE QUE Y EL PACIENTE O LOS PARIENTES RESPONSABLES DEL PACIENTE NO TENGAN NINGUNA COBERTURA DE TERCERO PARA ESTOS SEGURIDAD SOCIAL, EL JUEGO DE INFORMACIOAN ADELANTE ENCIMA ES TODO LA INFORMACION ERAMOS CAPACES DE OBTENER CON RESPECTO A ESTE PACIENTE.**

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
REPTRESENTATE DEL HOSPITAL #1 Fecha

---

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
REPRESENTATE DEL HOSPITAL #2 Fecha

**ESTA FORMA o un TSCE DEBEN ESTAR EN ARCHIVO EN LA CARTA FINANCIERA DEL PACIENTE**